

OFERTA TÉCNICA DE SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

PRESENTADA A:

COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS

ASPECTOS GENERALES

- 1) Inicio de la Cobertura: Para los afiliados que ingresan con la póliza original, la cobertura se iniciara el mismo día de inicio de vigencia de la póliza y para nuevos afiliados o agregados, la cobertura dará inicio a partir del primer día del mes siguiente, es decir todos los afiliados que hayan sido reportados en la fecha de corte (28 de cada mes) y siempre que hayan sido aceptados por la compañía de seguros. Los reportes de altas que ingresen posteriores a la fecha de corte tendrán cobertura el primer día del subsiguiente mes.
- 2) La compañía elaborara el carnet de identificación, con el propósito que el asegurado sea atendido al crédito en los centros hospitalarios afiliados a la red de Seguros Crefisa, debiendo el asegurado para este fin proporcionar a la compañía una foto tamaño carnet.
- 3) En caso de fallecimiento de algún colegiado, el beneficiario del seguro será el Instituto de Previsión Social del Profesional del Derecho.
- 4) Las condiciones preexistentes quedarán cubiertas, para los (5,264) asegurados principales que iniciaron en el enrolamiento inicial de la póliza.
- 5) Queda entendido y convenido que se excluye de la restitución del Máximo Vitalicio las Enfermedades Preexistentes y/o Crónicas Degenerativas y todos los padecimientos relacionados con dichas patologías, que causaron el agotamiento del Máximo Vitalicio anterior.
- 6) Se establece un periodo de espera únicamente de 12 meses para los asegurados actuales que no hayan cumplido con dicho período, tiempo durante el cual no se pagara ningún gasto presentado por **Enfermedad Crónica Degenerativas y sus Tratamientos.**
- 7) La compañía puede modificar las tarifas de seguro médico para dependientes durante el período de un año contado a partir de la fecha de vigencia del certificado, la prima se calculará de acuerdo con los beneficios, edad, plan y número de hijo dependientes. La compañía tiene derecho a cambiar las tarifas, por ajustes inflacionarios, por el nivel de reclamos o por cualquier otro factor que afecte a las mismas, en cualquier aniversario de la póliza.

- 8) El tiempo para el pago de reclamos en seguro médico será de 10 días hábiles, siempre que esté la documentación completa.
- 9) Queda entendido y convenido que la presente póliza se suscribe en consideración al pago de primas anuales las cuales se pagarán de manera mensual.

SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

GASTOS CUBIERTOS.

La Compañía reconocerá al asegurado, los gastos médicos que adelante se mencionan con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales y Especiales de la póliza y Anexos, si los hubiere, mientras se encuentre formando parte del grupo asegurado.

- 1) Gastos por suministros de hospital, incluyendo:
 - a) Gasto diario por cuarto y alimentos: la cantidad que le cobre el hospital, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Especiales, sin exceder de 365 días por cada período de incapacidad.
 - b) Derecho al uso de sala de emergencias, sala de operaciones, cuidados intensivos y ambulancia.
 - c) Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, suministrados dentro del hospital. Se aplicará decreto No. 139/97 emitido por la Secretaría de Industria y Comercio el 04 de Diciembre de 1999 y sus reformas.
 - d) Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.
 - e) Gastos por consumo de oxígeno, terapia de inhalación, transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares.
 - f) Gastos por alquiler de: silla de ruedas, cama especial de hospital, pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratorias.
- 2) Gastos y honorarios por tratamiento médico suministrado por un médico autorizado legalmente para ejercer la medicina, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
- 3) Gastos y honorarios por procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano autorizado legalmente, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
- 4) Los gastos de anestesia y honorarios de anestesiólogo autorizados legalmente para ejercer la profesión, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
- 5) Gastos y honorarios por atención suministrada por enfermeras(os), de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados.
- 6) Gastos y honorarios por procedimientos suministrados por un radiólogo, indicado por un médico.

- 7) Gastos y honorarios por tratamientos suministrados por un fisioterapeuta, remitido por un médico especialista en el ramo.
- 8) Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente adquiridos fuera del hospital siempre que sean prescritos por un médico y suministrados por un farmacéutico autorizado para ello.
- 9) Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía, electromiografía, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios de velocidad de neuroconducción o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza, sin que el reconocimiento de estos gastos representen obligación para la Compañía en caso de diagnosticar una enfermedad excluida por la misma.
- 10) Gastos por alquiler de oxígeno, terapia de inhalación, sueros u otras sustancias similares.
- 11) Gastos por tratamientos de una enfermedad o cirugía de los dientes o tejidos adyacentes practicados por un dentista u otra persona profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de los 180 días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.
- 12) Gastos por cirugía plástica reconstructiva practicado por un profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de los 180 días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.
- 13) Gastos por trasplante de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.
- 14) Extracción de las terceras molares impactadas con la presentación de placas pre y post operatorias hasta un límite de L.1,200.00 cada una.
- 15) Control ginecológico dos veces al año, incluye la consulta y la citología.
- 16) Consultas Médicas (se aplicara el 20% de coaseguro a los valores abajo indicados).

Medico General	L. 500.00
Medico Especialista	L. 700.00
Cardiólogo Neurólogo y Ortopeda	L. 900.00

- 17) Se establece un límite de L. 1,500.00 para el uso de ambulancia, cuando los suministros se realicen dentro del hospital, pagando los gastos de acuerdo al porcentaje de reembolso que aparece en el cuadro de beneficios, según la caratula de la póliza.

EXCLUSIONES.

La presente póliza en ninguna forma cubre los siguientes gastos, aun cuando resulten a consecuencia de una enfermedad o accidente:

- 1) Reconocimientos médicos y chequeos generales que no se relacionan ni sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad.
- 2) Gastos por exámenes de rutina de ojos, oídos, servicios del optometrista y las refracciones oculares como: tratamiento quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismos, queratotomía radial y queratoplastia para queratoconos. Los anteojos, lentes de contacto así como sus respectivas pruebas de ajuste. Aparatos para corrección de problemas auditivos.
- 3) Tratamiento dental y la Disfunción Temporomandibular., excepto el originado por causas accidentales, contempladas en el Literal N de la Cláusula Quinta de estas Condiciones Generales, salvo que se pague la extraprima y conste en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 4) Gastos por lesiones a sí mismo mientras esté o no en uso de sus facultades mentales.
- 5) Tratamiento, asesoramiento, internamiento por ingestión de bebidas alcohólicas, drogas, o cualquier otro tipo de estupefaciente; consecuencia de alcoholismo o drogadicción.
- 6) Lesiones o enfermedades causadas por fenómenos sísmicos, actos de guerra (sea esta declarada o no) o de conmoción civil, insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política en general, riñas, peleas o duelos en los que el individuo asegurado haya participado, voluntaria o involuntariamente, o en la que sea una mera víctima casual.
- 7) Gastos por accidentes originados por la práctica de deportes peligrosos tales como: Pesca en alta mar, rodeo, Rugby, Boxeo, Lucha Libre, Buceo, Montañismo, Motocross, Alpinismo, Artes Marciales, Esquí de cualquier tipo, Cacería, Rafting, Canopy, Bungee Jumping deportes aéreos, y cualquier otro deporte o actividad peligrosa.
- 8) Gastos por objetos para el confort personal, tales como aparatos de radio, televisión, internet o servicios de peluquería o belleza.
- 9) Gastos de embarazo, incluyendo el resultado del parto, mal parto o aborto, y embarazo ectópico salvo que se pague la prima adicional por esta cobertura, y que se haga constar en las Condiciones Especiales y en el cuadro de beneficios que aparece en la carátula de la póliza.
- 10) Cualquier suministro, servicio o cirugía proporcionado en relación al control de peso o el tratamiento de la obesidad y calvicie.

- 11) Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para disfunción sexual, impotencia o insuficiencias sexuales o transformación sexual. Cualquier complicación tratada con el medicamento Sineldafil (VIAGRA) u otro.
- 12) Gastos incurridos para el diagnóstico, tratamiento o procedimiento de infertilidad, esterilidad, control de natalidad y otros gastos relacionados con el tratamiento de la fecundación In Vitro y sus complicaciones y otros similares.
- 13) Gastos por tratamiento de Síndrome de Deficiencia de la Hormona de Crecimiento y Tratamiento de reemplazo hormonal por menopausia.
- 14) Gastos ocasionados por enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales y estrés en los que se requiera servicios de psiquiatría o psicología profesional como paciente externo, salvo que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en la carátula de la póliza.
- 15) Pruebas para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, déficit de atención, autismo, retraso psicomotor, orientación matrimonial, retraso del lenguaje, Hiperkinesia o hiperactivismo.
- 16) Tratamientos y exámenes practicados por podiatras, quiroprácticos, homeópatas, acupunturistas, naturistas, medicina holística y terapia celular.
- 17) Suplementos alimenticios y vitaminas, excepto cuando sean necesarias para el tratamiento de una enfermedad o estén indicados en la Cobertura de Control de Niño Sano.
- 18) Tratamiento por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones salvo que pague la prima adicional por ésta cobertura y que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en la carátula de la Póliza.
- 19) Los padecimientos congénitos de cualquier naturaleza salvo que pague la prima adicional por ésta cobertura y que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en la carátula de la Póliza.
- 20) Tratamientos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno bien sea estatal, provincial, municipal, o cualquier sub-dirección política de éstos o en caso de reclusión en hospital en el cual no se le exija pagar por cualquier servicio o asistencia médica.
- 21) Tratamientos cosméticos (incluyendo melasma y cloasma) y de Cirugía plástica, excepto en lo estipulado en Literal m de la Cláusula Quinta.
- 22) La Compañía no asume ninguna responsabilidad por gastos ocasionados por enfermedades o accidentes para los cónyuges de los asegurados por los cuales exista responsabilidad patronal.

- 23) **Las enfermedades y/o padecimientos preexistentes** serán limitados al periodo de espera de 12 meses.
- 24) No se cubrirán los tratamientos médicos, procedimientos quirúrgicos y suministros proporcionados al asegurado o familiar dependiente por médicos, enfermeros, fisioterapeutas y anestesiólogos que se encuentren comprendidos con estos dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.
- 25) Aislamiento, curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o periodos de cuarentena.
- 26) Se establece un periodo de espera de 12 meses para los asegurados de nuevo ingreso, durante el cual no se pagara ningún gasto presentado por **Enfermedad Crónica Degenerativas y sus Tratamientos**: Se consideran como tales las siguientes enfermedades independientemente de que sean o no preexistentes, hubieren sido declaradas o no: diabetes mellitus, hipertensión arterial y sus secuelas, isquemia cerebral transitoria, asma, bronquitis crónica, emfisema, enfermedades ácido pépticas, artritis, osteoporosis, insuficiencias cardíacas, renales o venosas, angina de pecho, colecistitis, litiasis renal, tumores benignos o malignos, leucemia, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cualquier tratamiento quirúrgico relacionado con el aparato genital femenino (útero o sus anexos), Cistocele, Rectocele en todos sus grados, hemorroides, septoplastía y rinoseptoplastía no estéticas, amigdalectomías, adenoidectomías, circuncisión, prostatectomía, hallux valgus, valvulopatías, corrección de cifosis y escoliosis de la columna vertebral, pterygion, catarata, hernias de cualquier tipo, artroscopías de rodillas, menisectomías, Parkinson, Alzheimer y epilepsia.

BENEFICIO DE MATERNIDAD

- 1) **ESTIPULACIONES APLICABLES AL BENEFICIO DE MATERNIDAD.**
- a) El reembolso por los gastos de maternidad quedarán sujetos al ARANCEL DE REDHSA.
- b) El beneficio de maternidad queda amparado inmediatamente cuando el embarazo se origine un (1) mes posterior al inicio de la cobertura en la póliza. Dicho beneficio ampara únicamente al asegurado principal.

DEFINICIONES

Elegibilidad:

Asegurado Principal:

Además de las condiciones incluidas en la carátula de la póliza cada empleado del contratante es elegible para este seguro sí en el momento de la inscripción:

- a) La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre 15 y 70 años.

Terminación del Seguro:

Asegurado Principal:

El seguro de cualquier empleado asegurado y con ello los beneficios que confiere la presente póliza, cesará automáticamente e inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes hechos:

- a) La cobertura del Asegurado principal se cancelara al cumplimiento de los 75 años de edad.

Enfermedad:

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

Accidente:

Se considerará accidente cubierto, aquel que produzca al asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (incluyéndose en esta definición las lesiones provocadas por inmersión), siempre que sean producidas por la acción directa o violenta de causas externas o fortuitas.

Hospital:

Es todo establecimiento privado establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, quirúrgicos y de emergencia, que cuente con el equipo, instalaciones físicas y el personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento que el asegurado necesite las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Clínica:

Es todo establecimiento privado establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, que cuenta con el equipo y el personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento ambulatorio que el asegurado necesite y que no consta de servicio de internamiento.

Monto Máximo Vitalicio:

Es la suma máxima a reembolsar por el conjunto de siniestros que pudiera presentar el asegurado mientras esté vigente la protección que otorga la cobertura de este seguro, debiéndosele aplicar a este valor los deducibles y coaseguros correspondientes establecidos en el cuadro de beneficios de esta póliza.

Si un asegurado o familiar dependiente ha gastado por lo menos el 75 % de su máximo vitalicio, puede restituirlo suministrando a la Compañía evidencia de asegurabilidad satisfactoria. La Compañía se reserva el derecho de restituir o no el máximo vitalicio.

Deducible:

Es la cantidad que se establece en las condiciones especiales de esta póliza a cargo de cada asegurado y cada familiar dependiente por el conjunto de gastos incurridos durante el año póliza. Cuando en un mismo accidente resulten afectados dos o más miembros de un mismo grupo familiar, el deducible se aplicará una sola vez.

Coaseguro:

Es el porcentaje que se establece en las condiciones especiales de esta póliza a cargo de cada asegurado y cada familiar dependiente después de haber sido aplicado el deducible correspondiente.

Porcentaje de Reembolso:

Es el porcentaje que se establece en las condiciones especiales de esta póliza, que en exceso del deducible estipulado, le será reembolsado al asegurado por los gastos médicos incurridos, sujeto a los pagos máximos vitalicios y a cualesquiera otras exclusiones o restricciones definidas en el presente contrato.

Razonable y Acostumbrado:

Monto a reconocer por atención y servicios médicos, que no excede el nivel general de cargos por suministros o tratamientos iguales brindados en la misma localidad a individuos de iguales condiciones de riesgo y que se aplica a todos los cargos elegibles que no aparecen en los aranceles establecidos por la Compañía ni en los contratos negociados con los proveedores.

Residencia:

Para gozar de los beneficios de este Contrato los asegurados y familiares dependientes deberán de residir en cualquier lugar dentro del territorio de la República de Honduras, debiendo notificar a la Compañía por escrito en aquellos casos que se ausenten del país por más de 30 días.

Padecimientos y Enfermedades Declaradas:

Aquellas que el asegurado ha mencionado en su declaración de salud al momento de suscribir el seguro.

Padecimientos Preexistentes:

Se entiende como tales aquellas enfermedades, lesiones o condiciones de cada asegurado o familiar dependiente, que antes de la fecha de iniciación de la cobertura, aumento o cambio de beneficios:

- Fueron advertidas, consultadas, diagnosticadas o tratadas por un médico ó;
- No pudieron pasar desapercibidos dada la evolución natural de la enfermedad, sus síntomas o sus signos.

Enfermedad Crónica Degenerativas y sus Tratamientos:

Se consideran como tales las siguientes enfermedades independientemente de que sean o no preexistentes, hubieren sido declaradas o no: diabetes mellitus, hipertensión arterial y sus secuelas, isquemia cerebral transitoria, asma, bronquitis crónica, efisema, enfermedades ácido

pépticas, artritis, osteoporosis, insuficiencias cardíacas, renales o venosas, angina de pecho, colecistitis, litiasis renal, tumores benignos o malignos, leucemia, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cualquier tratamiento quirúrgico relacionado con el aparato genital femenino (útero o sus anexos), Cistocele, Rectocele en todos sus grados, hemorroides, septoplastia y rinoseptoplastia no estéticas, amigdalectomías, adenoidectomías, circuncisión, prostatectomía, hallux valgus, valvulopatías, corrección de cifosis y escoliosis de la columna vertebral, pterygion, catarata, hernias de cualquier tipo, artroscopías de rodillas, menisectomías, Parkinson, Alzheimer y epilepsia.

PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS.

Al producirse una enfermedad o accidente que dé lugar al pago de los beneficios otorgados por el presente contrato:

- a) El asegurado podrá obtener la atención necesaria en casos de hospitalización en forma más rápida y fácil en el hospital, teniendo la disponibilidad de escoger en nuestra amplia lista de hospitales los cuales son de renombre y prestigio en nuestro país como:

EN TEGUCIGALPA

- 1) HOSPITAL Y CLÍNICAS VIERA
- 2) MEDICASA
- 3) HOSPITAL INFANTIL PRIVADO
- 4) HOSPITAL MILITAR
- 5) HOSPITAL POLICLÍNICA
- 6) HOSPITAL Y CLÍNICAS SAN JORGE
- 7) CENTRO MÉDICO HONDUREÑO

EN COMAYAGUA

- 1) CLINICA DE ESPECIALIDADES MUÑOZ
- 2) CLINICA MÉDICA MONTES
- 3) COMAYAGUA COLONIAL

EN SAN PEDRO SULA

- 1) CEMESA
- 2) CLÍNICAS SUYAPA
- 3) CLÍNICA BENDAÑA
- 4) HOSPITAL BELLA VISTA
- 5) HOSPITAL DEL VALLE
- 6) HOSPITAL VISTA DEL VALLE

EN PUERTO CORTES

- 1) CEMECO
- 2) POLICLINICA PORTEÑA

EN LA CEIBA

- 1) HOSPITAL VICENTE D'ANTONI

EN CHOLUTECA

- 1) POLICLÍNICA FERGUSON
- 2) CLÍNICAS SAN FRANCISCO DE ASIS

EN SIGUATEPEQUE

- 1) HOSPITAL EVANGELICO
- 2) CLINICA MÈDICA LAS MERCEDES

EN SANTA ROSA DE COPÀN

- 1) HOSPITAL MÈDICO QUIRÙRGICO

EN EL PROGRESO

- 1) CLINICAS MEDICAS CRISTIANA
- 2) CENTRO MEDICO HOSPITALARIO PROGRESO

EN OLANCHITO

- 1) CLINICAS MÈDICAS OLANCHITO

EN TOCOA

- 1) HOSPITAL DEL AGUAN

EN LA LIMA

- 1) LA LIMA MEDICAL CENTER

EN TELA

- 1) CENTRO MEDICO CRISTIANO

EN DANLI

- 1) CENTRO MEDICO LUCAS
- 2) CLINICA NAVARRO ESPINAL

EN OLANCHO

- 1) POLICLINICA MEDICA QUIRURGICA

EN LA ESPERANZA

- 1) CLINICA CEMECA

Requisitos que debe cumplir un asegurado en caso de reclamo:

- a) Enviar las solicitudes de reembolso a Seguros Crefisa, S. A. a más tardar dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que fueron erogados los servicios o proporcionados los suministros.
- b) Facilitar a la compañía toda la información que ésta requiera, en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias verificar y ajustar los gastos de reembolso solicitado.
- c) La Compañía se reserva el derecho y por su propia cuenta de solicitarle que se someta a exámenes médicos cuantas veces sea razonablemente necesario, así como verificar la enfermedad o lesión del asegurado y/o dependiente y la comprobación de los gastos realizados.
- d) El asegurado deberá autorizar a todos los hospitales y todos los médicos que lo hubieren tratado a dar información a la Compañía o persona asignada por esta mientras un reclamo este en proceso. Si el asegurado no cumple con lo anterior perderá su derecho a la indemnización correspondiente.
- e) A toda persona mayor de 60 años de edad se aplicará el descuento correspondiente en todos sus reclamos, de acuerdo con el artículo No.14 del decreto 220-93 de la ley de Régimen de Tratamiento Especial para Personas de la Tercera Edad.

Reclamos dentro de Honduras:

Al producirse una enfermedad o accidente que dé lugar al pago de los beneficios otorgados por el presente contrato el Asegurado se obliga a:

- a) Avisar por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días de la fecha en la que inició la enfermedad y ocurrió el accidente, expresando cualquier dato importante para su calificación.
- b) En casos de cirugía Electiva y Laparoscópica deberá solicitar a la Compañía de Seguros su aprobación presentando a la misma toda la documentación relacionada con el procedimiento por lo menos con quince días de anticipación.

OFERTA ECONÓMICA
PRESENTADA A:

COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS

SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO
COBERTURA NACIONAL

MÁXIMO VITALICIO	L. 100,000.00
	<u>PRIMA MEDICO</u>
PRIMA TOTAL MENSUAL	L. 1,848,240.00

Tegucigalpa M.D.C. 19 de Diciembre de 2014.


FIRMA AUTORIZADA

**SEGURO MEDICO HOSPITALARIO
COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS
CUADRO DE BENEFICIOS**

COBERTURA	NACIONAL
Máximo Vitalicio	
Máximo Vitalicio por cada asegurado	L. 100,000.00
Máximo Vitalicio se reduce al 50% al cumplimiento de los 70 años de edad	L. 50,000.00
Máximo Vitalicio se reduce al 50% para SIDA y sus complicaciones	L. 50,000.00
Deducibles	
Deducible en Honduras	L. 1,500.00
Porcentaje de Reembolso	
En Honduras	70%
Coaseguro	
En Honduras	30%
Límite Máximo por Cuarto y Alimentos	
En Honduras	L. 850.00
Maternidad Limitada	
Parto Normal	L. 25,000.00
Cesárea	L. 30,000.00
Aborto	L. 15,000.00
Control Ginecológico (Incluye la consulta y la citología)	2 veces por año
Beneficios Adicionales	
Plan Dental	N/A
Tiempo máximo para la presentación de reclamos	180 días
Reembolso de reclamos médicos ambulatorios	10 días hábiles
Períodos de Espera	
Condiciones Preexistentes para asegurados de nuevo ingreso	12 meses
Enfermedades Crónicas y/o Degenerativas para asegurados nuevos y actuales	12 meses
Maternidad	1 mes
Las Condiciones Preexistentes y las Crónicas Degenerativas estarán limitadas a un monto de L. 5,000.00, tanto para nuevos asegurados así como para los asegurados actuales.	
Consultas Médicas	
	Al 70%:
Médico General	L. 500.00
Médico Especialista	L. 700.00
Médico Cardiólogo, Neurólogo y Ortopeda	L. 900.00

OFERTA TÉCNICA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

PRESENTADA A:

COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS

COBERTURAS

- I. MUERTE**
- II. DOBLE Y TRIPLE INDEMNIZACION, DESMEMBRAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA ACCIDENTAL.**
- III. PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.**
- IV. GASTOS FÚNEBRES.**
- V. SUICIDIO.**

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

- I. MUERTE:**
En caso de muerte de algún Asegurado (por cualquier causa), **Seguros Crefisa** pagará la Suma Asegurada básica de Lps.100,000.00.

- II. DOBLE Y TRIPLE INDEMNIZACION, DESMEMBRAMIENTO Y PERDIDA DE LA VISTA POR CAUSA ACCIDENTAL:**

En caso de muerte accidental, de algún Asegurado, **Seguros Crefisa, S.A.** pagará el doble de la suma básica asegurada; si el accidente es calificado se pagará el triple de la suma básica asegurada.

Si el Asegurado sufre un desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental, **Seguros Crefisa, S.A.** pagará una indemnización de acuerdo con la siguiente tabla de incapacidades, conforme a lo establecido en el artículo 454 del Código de Trabajo:

- | | |
|---|-------------------|
| a) Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos | La suma Asegurada |
| b) Una mano y un pie | La suma Asegurada |

c) Una mano o un pie y la vista de un ojo.	La suma Asegurada
d) Una mano o un pie	50% de la Suma Asegurada
e) La vista de un ojo	50% de la Suma Asegurada
f) El dedo pulgar	25% de la Suma Asegurada
g) El dedo índice	10% de la Suma Asegurada
h) Los dedos medio, anular o meñique.	5% de la Suma Asegurada

Si el accidente es calificado, las sumas anteriores se duplicarán.

Para los efectos de este beneficio, se entiende por accidente calificado aquél que sufra el Asegurado:

- a) Mientras se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos 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 a consecuencia de ello.
- b) Mientras vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor de uso público (Con excepción de ascensores en minas).
- c) Como consecuencia del incendio de un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual se encuentre al principio del incendio y siempre que no sea el lugar de su trabajo.

III. PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o una enfermedad que lo inhabilite para efectuar su trabajo u otro por el cual pudiera recibir alguna remuneración, **Seguros Crefisa** le otorgará una renta mensual por dos años. El monto de la renta mensual se determinará dividiendo la suma asegurada individual entre 24.

Si el Asegurado falleciere antes de percibir el total de rentas, las rentas pendientes se pagará a los beneficiarios.

IV. GASTOS FÚNEBRES.

Se otorgará el beneficio de gastos fúnebres hasta la cantidad de L. 10,000.00.

V. SUICIDIO

Se otorgará la cobertura de suicidio, a partir del primer día de vigencia.

ASPECTOS GENERALES

- 1) La cobertura que se otorga es por las 24 horas del día a nivel mundial y dentro y fuera de la ocupación.
- 2) La edad de ingreso para cada una de las coberturas es la siguiente:
 - a. Muerte:
De 15 a 70 años de edad renovable hasta los 75 años
 - b. Doble y triple indemnización, desmembramiento y pérdida de la vista por causa accidental:
De 15 a 65 años de edad.
 - c. Pago anticipado del capital por incapacidad total y permanente y enfermedad terminal:
De 15 a 60 años de edad.
- 3) Al retiro del grupo de algún Asegurado, puede convertir su Seguro en un Plan Individual sin necesidad de presentar pruebas médicas.
- 4) Por naturaleza del seguro está sujeto a las altas y bajas que se susciten en el grupo.
- 5) El seguro de Vida se reducirá en un 50% al cumplimiento de los 65 años de edad.
- 6) Afiliados incapacitados en la fecha efectiva del seguro, serán elegibles después de su regreso al trabajo activo y permanente.
- 7) Gastos De Repatriación:

Al fallecimiento de un asegurado fuera de Honduras, por razones de su ocupación o no, se cubrirá adicional a la cobertura del seguro de vida, un 20% de la suma asegurada de vida básico, hasta un máximo de \$. 5,000.00. Previa presentación de documentos que soporten el gasto.

Este beneficio, aplica para los asegurados cuyo viaje haya iniciado dentro de la vigencia de la póliza y siempre que la póliza este en pleno vigor y efecto.
- 8) Pago Anticipado Parcial De La Suma Básica En Caso De Enfermedad Terminal:

Seguros Crefisa, S.A. se obliga a anticipar al asegurado el 35% de la suma básica (L.35,000.00), con cargo a dicha suma asegurada siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

 - 1- Que el asegurado se encuentre en un estado de enfermedad Terminal, cuyas expectativas de vida según informe medico no sean mayores a 12 meses.

- 2- Que la póliza se encuentre vigente al momento de declararse la enfermedad como Terminal.

Exclusiones

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 Asimismo el Asegurado y tentativa de suicidio.
 - b) No se hará ningún pago 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.
- 9) En caso de fallecimiento de algún colegiado, el beneficiario del seguro será el **Instituto de Previsión Social del Profesional del Derecho**.
- 10) Queda entendido y convenido que la presente póliza se suscribe en consideración al pago de primas anuales las cuales se pagarán en forma mensual.
- 11) La forma de pago de primas será mensual.
- 12) Esta oferta tiene una validez de 15 días a partir de la fecha.

OFERTA ECONÓMICA
PRESENTADA A:

COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL	L.	100,000.00
PRIMA TOTAL MENSUAL	L	754,698.00

Tegucigalpa M.D.C. 19 de Diciembre de 2014.



FIRMA AUTORIZADA

OFERTA TÉCNICA DE SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

PRESENTADA A:

COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS

ASPECTOS GENERALES

- 1) Inicio de la Cobertura: Para los afiliados que ingresan con la póliza original, la cobertura se iniciara el mismo día de inicio de vigencia de la póliza y para nuevos afiliados o agregados, la cobertura dará inicio a partir del primer día del mes siguiente, es decir todos los afiliados que hayan sido reportados en la fecha de corte (28 de cada mes) y siempre que hayan sido aceptados por la compañía de seguros. Los reportes de altas que ingresen posteriores a la fecha de corte tendrán cobertura el primer día del subsiguiente mes.
- 2) La compañía elaborara el carnet de identificación, con el propósito que el asegurado sea atendido al crédito en los centros hospitalarios afiliados a la red de Seguros Crefisa, debiendo el asegurado para este fin proporcionar a la compañía una foto tamaño carnet.
- 3) En caso de fallecimiento de algún colegiado, el beneficiario del seguro será el Instituto de Previsión Social del Profesional del Derecho.
- 4) Queda entendido y convenido que se excluye de la restitución del Máximo Vitalicio las Enfermedades Preexistentes y/o Crónicas Degenerativas y todos los padecimientos relacionados con dichas patologías, que causaron el agotamiento del Máximo Vitalicio anterior.
- 5) Se establece un periodo de espera únicamente de 12 meses para los asegurados actuales que no hayan cumplido con dicho período, tiempo durante el cual no se pagara ningún gasto presentado por **Enfermedad Crónica Degenerativas y sus Tratamientos.**
- 6) La compañía puede modificar las tarifas de seguro médico para dependientes durante el período de un año contado a partir de la fecha de vigencia del certificado, la prima se calculará de acuerdo con los beneficios, edad, plan y número de hijo dependientes. La compañía tiene derecho a cambiar las tarifas, por ajustes inflacionarios, por el nivel de reclamos o por cualquier otro factor que afecte a las mismas, en cualquier aniversario de la póliza.



- 7) El tiempo para el pago de reclamos en seguro médico será de 10 días hábiles, siempre que esté la documentación completa.
- 8) Queda entendido y convenido que la presente póliza se suscribe en consideración al pago de primas anuales las cuales se pagarán de manera mensual.

SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

GASTOS CUBIERTOS.

La Compañía reconocerá al asegurado, los gastos médicos que adelante se mencionan con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales y Especiales de la póliza y Anexos, si los hubiere, mientras se encuentre formando parte del grupo asegurado.

- 1) Gastos por suministros de hospital, incluyendo:
 - a) Gasto diario por cuarto y alimentos: la cantidad que le cobre el hospital, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Especiales, sin exceder de 365 días por cada período de incapacidad.
 - b) Derecho al uso de sala de emergencias, sala de operaciones, cuidados intensivos y ambulancia.
 - c) Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, suministrados dentro del hospital. Se aplicará decreto No. 139/97 emitido por la Secretaría de Industria y Comercio el 04 de Diciembre de 1999 y sus reformas.
 - d) Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.
 - e) Gastos por consumo de oxígeno, terapia de inhalación, transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares.
 - f) Gastos por alquiler de: silla de ruedas, cama especial de hospital, pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratorias.
- 2) Gastos y honorarios por tratamiento médico suministrado por un médico autorizado legalmente para ejercer la medicina, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
- 3) Gastos y honorarios por procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano autorizado legalmente, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
- 4) Los gastos de anestesia y honorarios de anestesiólogo autorizados legalmente para ejercer la profesión, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
- 5) Gastos y honorarios por atención suministrada por enfermeras(os), de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados.
- 6) Gastos y honorarios por procedimientos suministrados por un radiólogo, indicado por el médico.



- 7) Gastos y honorarios por tratamientos suministrados por un fisioterapeuta, remitido por un médico especialista en el ramo.
- 8) Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente adquiridos fuera del hospital siempre que sean prescritos por un médico y suministrados por un farmacéutico autorizado para ello.
- 9) Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía, electromiografía, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios de velocidad de neuroconducción o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza, sin que el reconocimiento de estos gastos representen obligación para la Compañía en caso de diagnosticar una enfermedad excluida por la misma.
- 10) Gastos por alquiler de oxígeno, terapia de inhalación, sueros u otras sustancias similares.
- 11) Gastos por tratamientos de una enfermedad o cirugía de los dientes o tejidos adyacentes practicados por un dentista u otra persona profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de los 180 días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.
- 12) Gastos por cirugía plástica reconstructiva practicado por un profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de los 180 días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.
- 13) Gastos por trasplante de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.
- 14) Extracción de las terceras molares impactadas con la presentación de placas pre y post operatorias hasta un límite de L.1,200.00 cada una.
- 15) Control ginecológico dos veces al año, incluye la consulta y la citología.
- 16) Consultas Médicas (se aplicara el 20% de coaseguro a los valores abajo indicados).

Medico General	L. 500.00
Medico Especialista	L. 700.00
Cardiólogo Neurólogo y Ortopeda	L. 900.00

- 17) Se establece un límite de L. 1,500.00 para el uso de ambulancia, cuando los suministros se realicen dentro del hospital, pagando los gastos de acuerdo al porcentaje de reembolso que aparece en el cuadro de beneficios, según la caratula de la póliza.



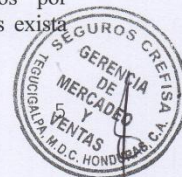
EXCLUSIONES.

La presente póliza en ninguna forma cubre los siguientes gastos, aun cuando resulten a consecuencia de una enfermedad o accidente:

- 1) Reconocimientos médicos y chequeos generales que no se relacionan ni sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad.
- 2) Gastos por exámenes de rutina de ojos, oídos, servicios del optometrista y las refracciones oculares como: tratamiento quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismos, queratotomía radial y queratoplastia para queratoconos. Los anteojos, lentes de contacto así como sus respectivas pruebas de ajuste. Aparatos para corrección de problemas auditivos.
- 3) Tratamiento dental y la Disfunción Temporo-Mandibular., excepto el originado por causas accidentales, contempladas en el Literal N de la Cláusula Quinta de estas Condiciones Generales, salvo que se pague la extraprima y conste en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 4) Gastos por lesiones a sí mismo mientras esté o no en uso de sus facultades mentales.
- 5) Tratamiento, asesoramiento, internamiento por ingestión de bebidas alcohólicas, drogas, o cualquier otro tipo de estupefaciente; consecuencia de alcoholismo o drogadicción.
- 6) Lesiones o enfermedades causadas por fenómenos sísmicos, actos de guerra (sea esta declarada o no) o de conmoción civil, insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política en general, riñas, peleas o duelos en los que el individuo asegurado haya participado, voluntaria o involuntariamente, o en la que sea una mera víctima casual.
- 7) Gastos por accidentes originados por la práctica de deportes peligrosos tales como: Pesca en alta mar, rodeo, Rugby, Boxeo, Lucha Libre, Buceo, Montañismo, Motocross, Alpinismo, Artes Marciales, Esquí de cualquier tipo, Cacería, Rafting, Canopy, Bungee Jumping deportes aéreos, y cualquier otro deporte o actividad peligrosa.
- 8) Gastos por objetos para el confort personal, tales como aparatos de radio, televisión, internet o servicios de peluquería o belleza.
- 9) Gastos de embarazo, incluyendo el resultado del parto, mal parto o aborto, y embarazo ectópico salvo que se pague la prima adicional por esta cobertura, y que se haga constar en las Condiciones Especiales y en el cuadro de beneficios que aparece en la carátula de la póliza.
- 10) Cualquier suministro, servicio o cirugía proporcionado en relación al control de peso o el tratamiento de la obesidad y calvicie.



- 11) Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para disfunción sexual, impotencia o insuficiencias sexuales o transformación sexual. Cualquier complicación tratada con el medicamento Sineldafil (VIAGRA) u otro.
- 12) Gastos incurridos para el diagnóstico, tratamiento o procedimiento de infertilidad, esterilidad, control de natalidad y otros gastos relacionados con el tratamiento de la fecundación In Vitro y sus complicaciones y otros similares.
- 13) Gastos por tratamiento de Síndrome de Deficiencia de la Hormona de Crecimiento y Tratamiento de reemplazo hormonal por menopausia.
- 14) Gastos ocasionados por enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales y estrés en los que se requiera servicios de psiquiatría o psicología profesional como paciente externo, salvo que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en la carátula de la póliza.
- 15) Pruebas para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, déficit de atención, autismo, retraso psicomotor, orientación matrimonial, retraso del lenguaje, Hiperkinesia o hiperactivismo.
- 16) Tratamientos y exámenes practicados por podiatras, quiroprácticos, homeópatas, acupunturistas, naturistas, medicina holística y terapia celular.
- 17) Suplementos alimenticios y vitaminas, excepto cuando sean necesarias para el tratamiento de una enfermedad o estén indicados en la Cobertura de Control de Niño Sano.
- 18) Tratamiento por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones salvo que pague la prima adicional por ésta cobertura y que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en la carátula de la Póliza.
- 19) Los padecimientos congénitos de cualquier naturaleza salvo que pague la prima adicional por ésta cobertura y que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en la carátula de la Póliza.
- 20) Tratamientos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno bien sea estatal, provincial, municipal, o cualquier sub-dirección política de éstos o en caso de reclusión en hospital en el cual no se le exija pagar por cualquier servicio o asistencia médica.
- 21) Tratamientos cosméticos (incluyendo melasma y cloasma) y de Cirugía plástica, excepto en lo estipulado en Literal m de la Cláusula Quinta.
- 22) La Compañía no asume ninguna responsabilidad por gastos ocasionados por enfermedades o accidentes para los cónyuges de los asegurados por los cuales exista responsabilidad patronal.



- 23) **Las enfermedades y/o padecimientos preexistentes** serán limitados al periodo de espera de 12 meses.
- 24) No se cubrirán los tratamientos médicos, procedimientos quirúrgicos y suministros proporcionados al asegurado o familiar dependiente por médicos, enfermeros, fisioterapeutas y anestesiólogos que se encuentren comprendidos con estos dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.
- 25) Aislamiento, curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o periodos de cuarentena.
- 26) Se establece un periodo de espera de 12 meses para los asegurados de nuevo ingreso, durante el cual no se pagara ningún gasto presentado por **Enfermedad Crónica Degenerativas y sus Tratamientos**: Se consideran como tales las siguientes enfermedades independientemente de que sean o no preexistentes, hubieren sido declaradas o no: diabetes mellitus, hipertensión arterial y sus secuelas, isquemia cerebral transitoria, asma, bronquitis crónica, emfisema, enfermedades ácido pépticas, artritis, osteoporosis, insuficiencias cardíacas, renales o venosas, angina de pecho, colecistitis, litiasis renal, tumores benignos o malignos, leucemia, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cualquier tratamiento quirúrgico relacionado con el aparato genital femenino (útero o sus anexos), Cistocele, Rectocele en todos sus grados, hemorroides, septoplastía y rinoseptoplastía no estéticas, amigdalectomías, adenoidectomías, circuncisión, prostatectomía, hallux valgus, valvulopatías, corrección de cifosis y escoliosis de la columna vertebral, pterygion, catarata, hernias de cualquier tipo, artroscopías de rodillas, menisectomías, Parkinson, Alzheimer y epilepsia.

BENEFICIO DE MATERNIDAD

- 1) **ESTIPULACIONES APLICABLES AL BENEFICIO DE MATERNIDAD.**
- a) El reembolso por los gastos de maternidad quedarán sujetos al ARANCEL DE REDHSA.
- b) El beneficio de maternidad queda amparado inmediatamente cuando el embarazo se origine un (1) mes posterior al inicio de la cobertura en la póliza. Dicho beneficio ampara únicamente al asegurado principal.

DEFINICIONES

Elegibilidad:

Asegurado Principal:

Además de las condiciones incluidas en la carátula de la póliza cada empleado del contratante es elegible para este seguro sí en el momento de la inscripción:

- a) La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre 15 y 70 años.



Terminación del Seguro:

Asegurado Principal:

El seguro de cualquier empleado asegurado y con ello los beneficios que confiere la presente póliza, cesará automáticamente e inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes hechos:

- a) La cobertura del Asegurado principal se cancelara al cumplimiento de los 76 años de edad.

Enfermedad:

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

Accidente:

Se considerará accidente cubierto, aquel que produzca al asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (incluyéndose en esta definición las lesiones provocadas por inmersión), siempre que sean producidas por la acción directa o violenta de causas externas o fortuitas.

Hospital:

Es todo establecimiento privado establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, quirúrgicos y de emergencia, que cuente con el equipo, instalaciones físicas y el personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento que el asegurado necesite las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Clínica:

Es todo establecimiento privado establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, que cuenta con el equipo y el personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento ambulatorio que el asegurado necesite y que no consta de servicio de internamiento.

Monto Máximo Vitalicio:

Es la suma máxima a reembolsar por el conjunto de siniestros que pudiera presentar el asegurado mientras esté vigente la protección que otorga la cobertura de este seguro, debiéndosele aplicar a este valor los deducibles y coaseguros correspondientes establecidos en el cuadro de beneficios de esta póliza.

Si un asegurado o familiar dependiente ha gastado por lo menos el 75 % de su máximo vitalicio, puede restituirlo suministrando a la Compañía evidencia de asegurabilidad satisfactoria. La Compañía se reserva el derecho de restituir o no el máximo vitalicio.



Deducible:

Es la cantidad que se establece en las condiciones especiales de esta póliza a cargo de cada asegurado y cada familiar dependiente por el conjunto de gastos incurridos durante el año póliza. Cuando en un mismo accidente resulten afectados dos o más miembros de un mismo grupo familiar, el deducible se aplicará una sola vez.

Coaseguro:

Es el porcentaje que se establece en las condiciones especiales de esta póliza a cargo de cada asegurado y cada familiar dependiente después de haber sido aplicado el deducible correspondiente.

Porcentaje de Reembolso:

Es el porcentaje que se establece en las condiciones especiales de esta póliza, que en exceso del deducible estipulado, le será reembolsado al asegurado por los gastos médicos incurridos, sujeto a los pagos máximos vitalicios y a cualesquiera otras exclusiones o restricciones definidas en el presente contrato.

Razonable y Acostumbrado:

Monto a reconocer por atención y servicios médicos, que no excede el nivel general de cargos por suministros o tratamientos iguales brindados en la misma localidad a individuos de iguales condiciones de riesgo y que se aplica a todos los cargos elegibles que no aparecen en los aranceles establecidos por la Compañía ni en los contratos negociados con los proveedores.

Residencia:

Para gozar de los beneficios de este Contrato los asegurados y familiares dependientes deberán de residir en cualquier lugar dentro del territorio de la República de Honduras, debiendo notificar a la Compañía por escrito en aquellos casos que se ausenten del país por más de 30 días.

Padecimientos y Enfermedades Declaradas:

Aquellas que el asegurado ha mencionado en su declaración de salud al momento de suscribir el seguro.

Padecimientos Preexistentes:

Se entiende como tales aquellas enfermedades, lesiones o condiciones de cada asegurado o familiar dependiente, que antes de la fecha de iniciación de la cobertura, aumento o cambio de beneficios:

- Fueron advertidas, consultadas, diagnosticadas o tratadas por un médico ó;
- No pudieron pasar desapercibidos dada la evolución natural de la enfermedad, sus síntomas o sus signos.

Enfermedad Crónica Degenerativas y sus Tratamientos:

Se consideran como tales las siguientes enfermedades independientemente de que sean o no preexistentes, hubieren sido declaradas o no: diabetes mellitus, hipertensión arterial y sus secuelas, isquemia cerebral transitoria, asma, bronquitis crónica, efisema, enfermedades ácido



pépticas, artritis, osteoporosis, insuficiencias cardíacas, renales o venosas, angina de pecho, colecistitis, litiasis renal, tumores benignos o malignos, leucemia, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cualquier tratamiento quirúrgico relacionado con el aparato genital femenino (útero o sus anexos), Cistocele, Rectocele en todos sus grados, hemorroides, septoplastia y rinoseptoplastia no estéticas, amigdalectomías, adenoidectomías, circuncisión, prostatectomía, hallux valgus, valvulopatías, corrección de cifosis y escoliosis de la columna vertebral, pterygion, catarata, hernias de cualquier tipo, artroscopías de rodillas, menisectomías, Parkinson, Alzheimer y epilepsia.

PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS.

Al producirse una enfermedad o accidente que dé lugar al pago de los beneficios otorgados por el presente contrato:

- a) El asegurado podrá obtener la atención necesaria en casos de hospitalización en forma más rápida y fácil en el hospital, teniendo la disponibilidad de escoger en nuestra amplia lista de hospitales los cuales son de renombre y prestigio en nuestro país como:

EN TEGUCIGALPA

- 1) HOSPITAL Y CLÍNICAS VIERA
- 2) MEDICASA
- 3) HOSPITAL INFANTIL PRIVADO
- 4) HOSPITAL MILITAR
- 5) HOSPITAL POLICLÍNICA
- 6) HOSPITAL Y CLÍNICAS SAN JORGE
- 7) CENTRO MÉDICO HONDUREÑO

EN COMAYAGUA

- 1) CLINICA DE ESPECIALIDADES MUÑOZ
- 2) CLINICA MÉDICA MONTES
- 3) COMAYAGUA COLONIAL

EN SAN PEDRO SULA

- 1) CEMESA
- 2) CLÍNICAS SUYAPA
- 3) CLÍNICA BENDAÑA
- 4) HOSPITAL BELLA VISTA
- 5) HOSPITAL DEL VALLE
- 6) HOSPITAL VISTA DEL VALLE



EN PUERTO CORTES

- 1) CEMECO
- 2) POLICLINICA PORTEÑA

EN LA CEIBA

- 1) HOSPITAL VICENTE D'ANTONI

EN CHOLUTECA

- 1) POLICLÍNICA FERGUSON
- 2) CLÍNICAS SAN FRANCISCO DE ASIS

EN SIGUATEPEQUE

- 1) HOSPITAL EVANGELICO
- 2) CLINICA MÈDICA LAS MERCEDES

EN SANTA ROSA DE COPÀN

- 1) HOSPITAL MÈDICO QUIRÙRGICO

EN EL PROGRESO

- 1) CLINICAS MEDICAS CRISTIANA
- 2) CENTRO MEDICO HOSPITALARIO PROGRESO

EN OLANCHITO

- 1) CLINICAS MÈDICAS OLANCHITO

EN TOCOA

- 1) HOSPITAL DEL AGUAN

EN LA LIMA

- 1) LA LIMA MEDICAL CENTER

EN TELA

- 1) CENTRO MEDICO CRISTIANO



EN DANLI

- 1) CENTRO MEDICO LUCAS
- 2) CLINICA NAVARRO ESPINAL

EN OLANCHO

- 1) POLICLINICA MEDICA QUIRURGICA

EN LA ESPERANZA

- 1) CLINICA CEMECA

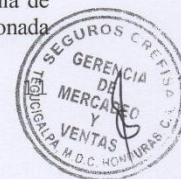
Requisitos que debe cumplir un asegurado en caso de reclamo:

- a) Enviar las solicitudes de reembolso a Seguros Crefisa, S. A. a más tardar dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que fueron erogados los servicios o proporcionados los suministros.
- b) Facilitar a la compañía toda la información que ésta requiera, en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias verificar y ajustar los gastos de reembolso solicitado.
- c) La Compañía se reserva el derecho y por su propia cuenta de solicitarle que se someta a exámenes médicos cuantas veces sea razonablemente necesario, así como verificar la enfermedad o lesión del asegurado y/o dependiente y la comprobación de los gastos realizados.
- d) El asegurado deberá autorizar a todos los hospitales y todos los médicos que lo hubieren tratado a dar información a la Compañía o persona asignada por esta mientras un reclamo este en proceso. Si el asegurado no cumple con lo anterior perderá su derecho a la indemnización correspondiente.
- e) A toda persona mayor de 60 años de edad se aplicará el descuento correspondiente en todos sus reclamos, de acuerdo con el artículo No.14 del decreto 220-93 de la ley de Régimen de Tratamiento Especial para Personas de la Tercera Edad.

Reclamos dentro de Honduras:

Al producirse una enfermedad o accidente que dé lugar al pago de los beneficios otorgados por el presente contrato el Asegurado se obliga a:

- a) Avisar por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días de la fecha en la que inició la enfermedad y ocurrió el accidente, expresando cualquier dato importante para su calificación.
- b) En casos de cirugía Electiva y Laparoscópica deberá solicitar a la Compañía de Seguros su aprobación presentando a la misma toda la documentación relacionada con el procedimiento por lo menos con quince días de anticipación.



OFERTA ECONÓMICA
PRESENTADA A:

COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS

SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO
COBERTURA NACIONAL

MÁXIMO VITALICIO

L. 175,000.00

PRIMA MEDICO

PRIMA TOTAL MENSUAL

L. 1,542,000.00

Tegucigalpa M.D.C. 19 de Diciembre de 2014.



[Handwritten Signature]
FIRMA AUTORIZADA



**SEGURO MEDICO HOSPITALARIO
COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS
CUADRO DE BENEFICIOS**

COBERTURA	NACIONAL
Máximo Vitalicio	
Máximo Vitalicio por cada asegurado	L. 175,000.00
Máximo Vitalicio se reduce al 50% al cumplimiento de los 70 años de edad	L. 87,500.00
Máximo Vitalicio se reduce al 50% para SIDA y sus complicaciones	L. 87,500.00
Deducibles	
Deducible en Honduras	L. 1,500.00
A los asegurados que han cubierto el Deducible hasta fecha, no se les aplicará el mismo en la extensión de cobertura.	
Porcentaje de Reembolso	
En Honduras	70%
Coaseguro	
En Honduras	30%
Límite Máximo por Cuarto y Alimentos	
En Honduras	L. 850.00
Maternidad Limitada	
Parto Normal	L. 25,000.00
Cesárea	L. 30,000.00
Aborto	L. 15,000.00
Control Ginecológico (Incluye la consulta y la citología)	2 veces por año
Beneficios Adicionales	
Plan Dental	N/A
Tiempo máximo para la presentación de reclamos	180 días
Reembolso de reclamos médicos ambulatorios	10 días hábiles
Períodos de Espera	
Condiciones Preexistentes para asegurados de nuevo ingreso	12 meses
Enfermedades Crónicas y/o Degenerativas para asegurados nuevos y actuales	12 meses
Maternidad	1 mes
Consultas Médicas	
	Al 70%:
Médico General	L. 500.00
Médico Especialista	L. 700.00
Médico Cardiólogo, Neurólogo y Ortopeda	L. 900.00



