

Oferta de Seguro Colectivo de vida y Medico Hospitalario

Sección A "Datos Generales"

NOMBRE DEL CONTRANTE: INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL
DERECHO
DIRECCION DE LA EMPRESA: TEGUCIGALPA
GRUPO A ASEGURAR: 7600 personas aproximadamente

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

- Suma Asegurada por cada asegurado hasta un máximo de L. 5,000.00
- Coberturas:
 - ✓ Muerte Natural

Muerte Natural: garantiza el pago de una indemnización equivalente a la suma asegurada individual suscrita en caso de fallecimiento por cualquier causa.

CONDICIONES ESPECIALES.

- Podrán formar parte del Grupo asegurado, las personas cuya edad este comprendida entre los 18 y los 65 años, y la edad máxima de aseguramiento se extiende hasta los 75 años.
- Podrán incluirse asegurados en cualquier tiempo, mediante solicitud escrita del contratante, las primas se cobraran a prorrata según fecha de ingreso del asegurado y la vigencia de la póliza.
- La cobertura que se otorga es por las 24 horas del día a nivel mundial dentro y fuera de la ocupación. Para el seguro de Vida el seguro Medico es Cobertura Nacional
- El seguro de vida cesará automática e inmediatamente si la relación con el Contratante finaliza, ya sea, por muerte, despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia y jubilación.

Prima Seguro de Vida L. 10.00 Por asegurado Mensual



SEGURO COLECTIVO MEDICO HOSPITALARIO

Cubriendo los gastos médicos incurridos por el asegurado (empleados y familiares dependientes), dentro o fuera de un hospital por enfermedades y/o accidentes, las 24 horas del día, relacionado o no con la ocupación del empleado asegurado y dentro de los costos razonables y acostumbrados para cada tratamiento.

DESCRIPCION DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	Cobertura
Cobertura territorial	Nacional
Máximo Vitalicio	L. 150,000.00
Reducción del máximo vitalicio a los 65 años	L. 75,000.00
Máximo Vitalicio para SIDA	L50,000.00
Deducible año póliza	L. 1,000.00
Reembolso y Coaseguro	70/30%
Cuarto y Alimento por día	L. 1,000.00
Control Ginecológicos (consulta y citología)	2 x año póliza
Periodo de espera de maternidad	10 meses
Maternidad como cualquier otra incapacidad	Amparada
Consultas:	
Medico general	L. 700.00
Médico especialista	L. 900.00
Cobertura para Preexistencias (únicamente para nuevos ingresos) después de:	12 meses
Cobertura para enfermedades graves preexistentes (únicamente para nuevos ingresos)	24 meses
Trasplante de Órganos	Hasta el máximo vitalicio disponible
Red de Ashonplafa	Amparada
Prueba Prostática mayores 40 años	1 vez al año póliza
Mamografía mayores de 40 años	1 vez al año póliza
Tiempo para la presentación	180 días calendario



Edad Máxima de Ingreso	65 años
Edad máxima de permanencia	75 años

**OFERTA ECONOMICA
RAMO MEDICO HOSPITALARIO**

Costo Mensual: Titular	L. 142.00
----------------------------------	------------------

CONDICIONES ESPECIALES:

1. Gastos incurridos fuera de un hospital de REDHSA, deben ser reembolsados de acuerdo al arancel REDHSA en sujeción al cuadro de beneficios de la póliza.
2. Devolución y Cobro de Primas Proratas a meses completos por cancelación o inclusión de empleados y/o Dependientes.
3. Tiempo de presentación de reclamos médicos con un período de antigüedad de seis (6) meses.



PRECERTIFICACION

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

EN HONDURAS Y CENTRO AMERICA

Deberá notificar y enviar el informe del medico tratante a la compañía como mínimo cinco días hábiles antes de:

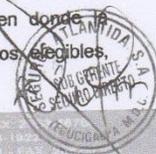
- Toda admisión hospitalaria y procedimiento quirúrgico programable o electivo.
- Exámenes Especiales de diagnóstico, que ameriten internamiento hospitalario no, será necesario una pre-certificación Medica por parte del asegurado, cinco (5) días hábiles antes del tratamiento.
- Así como para procedimientos quirúrgico programable o electivo, que no guarde relación con el diagnóstico original por el cual la Pre-certificación inicial fue solicitada.

Las admisiones de emergencia: deben ser notificadas a la compañía dentro de las veinticuatro (24) horas o el día hábil siguiente a dicha admisión en caso de que el paciente asegurado requiera hospitalización, si el asegurado se quedara hospitalizado por mas días de los necesarios y permitidos en la Pre-certificación, no se reconocerán los cargos incurridos durante esos días adicionales.

PORCENTAJES DE REEMBOLSOS

Si el asegurado precertifico su tratamiento y utilizo los servicios de la Red, los gastos se reembolsaran de acuerdo con lo establecido en las condiciones particulares de la póliza.

- a) No obstante, el asegurado haya precertificado su tratamiento con esta compañía y decide no ser atendido en uno de los Hospitales de la Red, el paciente deberá cubrir un 35% de los gastos elegibles en concepto de coaseguro mas el deducible y los gastos no cubiertos.
- b) Si la Pre-certificación es denegada y el asegurado se somete a dicho procedimiento, este será reembolsado al 60% de lo razonable y acostumbrado, siempre que el procedimiento sea elegible de conformidad con la póliza.
- c) De no cumplirse con el tramite de pre-certificación medica, el asegurado deberá pagar el total de la cuenta, para luego presentar la reclamación en donde la Compañía le reconocerá hasta un 50% de reembolso de los gastos elegibles.



necesarios y acostumbrados de la localidad donde se incurrieron los gastos, menos el deducible, coaseguro, y los gastos no elegibles.

Si el asegurado se quedara hospitalizado por más días de los necesarios y permitidos en la Pre-certificación, no se reconocerán los gastos y cargos incurridos durante esos días adicionales.

Se exceptúa únicamente de la pre-certificación, las emergencias medicas que sean a causa de un accidente ocurrido; que requiera atención medica inmediata, si es fuera del territorio nacional y siempre que hubiese ocurrido durante un viaje con fines ajenos a la atención de salud.

Medimovil /24

Servicio gratuito de asistencia sin afectar el máximo vitalicio y sin deducible y coaseguro:

- Orientación medica telefónica sin límite.
- Visita Médica a domicilio por emergencias con un límite máximo de cuatro por año.
- Traslado de ambulancia con un límite de US\$ 200.00 por evento y un máximo de cuatro al año.
- Atención en Clínicas Medicas Caribe (Sin deducible y coaseguro)
 - Consultas gratis de emergencias (ilimitadas)
 - Medicamentos de urgencia
 - Toma de presión arterial
 - Nebulizaciones
 - Cirugías menores (suturas)
 - Retiro de puntos
 - Curaciones
 - Aplicación de inyecciones y líquidos (con presentación de receta medica del medico tratante)
- Asistencia Médica por emergencia en el extranjero / solo el titular por enfermedad y accidente US\$ 5,000.00 (Sujeto a que tenga cobertura Centroamericana o Mundial)

El asegurado podrá solicitar a lbero asistencia el servicio al Centro de Llamadas



EXCLUSIONES:

1. Lesión infligida a sí mismo mientras esté en uso o no de sus facultades mentales, tratamiento de alcoholismo crónico, adictos a drogas, alergia o desórdenes mentales o nerviosos;
2. Lesión o enfermedad causada por insurrección o guerra, declarada o no, o a consecuencia de motín, huelga o conmoción civil;
3. Curas de reposo, cuidado sanitario o en custodia, o períodos de cuarentena o aislamiento;
4. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria a consecuencia de una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado está cubierto bajo el Aditamento.
5. Exámenes dentales, de rayos X, extracciones, empastes y tratamientos dentales en general.
6. Reemplazo o ajuste de espejuelos o aparatos auditivos. Anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo. Tampoco se cubre queratomía radiada, queratomielusis y epiqueratofoquía.
7. Exámenes y consultas médicas para los efectos de chequeos rutinarios, no inherentes a o necesarios para el diagnóstico de una enfermedad o lesión corporal accidental, exámenes generales de salud;
8. Otro transporte que no sea el servicio local autorizado de ambulancia.
9. Cualquier incapacidad que se originó antes de la fecha efectiva de cobertura del Asegurado, tenga o no conocimiento del mismo; sin embargo, esta exclusión cesará de aplicar después de un año de cobertura continua bajo este Aditamento sin que se hayan incurrido en gastos médicos por esa incapacidad. Cualquier enfermedad preexistente y no declarada en la solicitud aunque haya pasado el período de espera o preexistencia estipulado en la póliza, la omisión de dicha información en la solicitud de inscripción dará el derecho a la compañía de seguros para excluir y/o cancelar la cobertura del asegurado.
10. Maternidad para hijas dependientes
11. Tratamientos y medicamentos por enfermedades psicológicas tales Como depresión, esquizofrenia, stress, trastornos alimenticios etc.



- 12 Tratamientos y medicamentos para una incapacidad surgida a consecuencia de un accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de cobertura de un Asegurado.
- 13 Malformaciones y padecimientos congénitos.
- 14 Tratamientos que no son reconocidos por la práctica médico científica, o tratamientos que no son aceptados por ser experimentales o de beneficios inciertos para el paciente:
 - Los realizados por acupunturistas, naturistas, vegetarianos y homeópatas. Así como el tratamiento médico o quirúrgico sobre la base de hipnotismo.
 - Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño, aprendizaje, epilepsia.
 - De naturaleza experimental o de investigación.
 - Tratamientos en centros SAP e hidroclínicas.
- 15 Tratamiento médico o quirúrgico para corrección de pie plano, pie equino y hallux-valgus o juanetes.
- 16 Tratamientos de fertilidad, esterilidad, control de natalidad y sus complicaciones.

Esperamos que nuestra propuesta sea conveniente a sus intereses y a la orden por cualquier consulta que resulte de la misma;

Atentamente,


CLAUDIA PATRICIA MONTOYA
Gerente de Vida


JUAN ANTONIO ROSALES
Sub Gerente de Seguro Directo

Tegucigalpa, M.D.C 19 de diciembre de 2014

