

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL ANUAL RENOVABLE ADULTO MAYOR ANEXO ASISTENCIA MÉDICA

Atención Pre-hospitalaria, Orientación Médica Vía Teléfono, Servicio de Emergencia domiciliaria y ambulancia, Clínicas de Consulta Externa sin costo alguno, importantes descuentos en la amplia Red de Proveedores. Atención Gratuita durante las veinticuatro (24) horas del día para el empleado y/o sus familiares dependientes debidamente inscritos en la póliza, mediante sistema de llamada telefónica vía Call Center 2263-0001, cubriendo los siguientes servicios:

CLÁUSULA NO. 1: COBERTURAS

- 1) **Servicios de Asistencia Pre-hospitalaria:** personal médico brindará los servicios de asistencia pre-hospitalaria a los asegurados de la póliza suscrita como ADULTO MAYOR con una edad comprendida de los quince (15) años de edad hasta el cumplimiento de los noventa (90) años de edad. Así mismo, **LA COMPAÑIA** no será responsable por la no prestación de estos servicios cuando por caso fortuito o fuerza mayor no sea posible la realización de los mismos.
- 2) **Orientación Médica Telefónica:** Con la tecnología de comunicación y el personal médico debidamente capacitado, se brindará el servicio de orientación médica por teléfono a **EL ASEGURADO** y/o dependientes de la póliza de gastos médicos suscrita, cuando se presenten diversos problemas de salud que necesiten ser orientados ya sea por enfermedad o por accidente.

Este servicio es el paso inicial en la prestación de los servicios y será coordinado mediante el Centro de Atención Telefónica, quien al recibir la llamada solicitando la orientación médica, procederá a realizar un enlace telefónico con el médico de turno, quien calificará el procedimiento a seguir, mismo que podrá derivar en los subsiguientes servicios y coberturas. Este servicio se prestará las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

EL ASEGURADO y/o dependientes de la póliza de gastos médicos suscrita, podrá solicitar este servicio las veces que lo necesite, sin costo adicional y de forma ilimitada.

- 3) **Atención de Emergencia Móvil:** Este servicio consiste en la visita médica de emergencia cuando **EL ASEGURADO** y/o dependientes lo requieran al Centro de Atención Telefónica, dentro del casco urbano. Al llamado de **EL ASEGURADO** y/o dependientes que el médico de turno del Centro de Atención Telefónica califique como emergencia, acudirá una clínica móvil con un médico y paramédicos, equipada con los insumos y medicamentos para atender la emergencia.

Los traslados médicos en ambulancias se llevarán a cabo si se califica como necesario y sub-secuente a la atención de emergencia móvil, y no como una atención programada a enfermos crónicos o recurrentes que requieran de horario fijo y regular. El traslado médico se efectuará ya sea a una de las clínicas de Consulta Externa (según anexo) o a las que designe el asegurado; sin embargo, si se trata de una emergencia que requiera una atención más especializada o que el paciente necesite una cirugía mayor, éste será trasladado a un Centro Hospitalario de la red de proveedores, quedando entendido que a partir del ingreso a dicho hospital, cesa la responsabilidad de la Compañía, especialmente en cuanto a los gastos de hospitalización, cuyos gastos serán cubiertos de conformidad a lo establecido en las condiciones de la póliza de gastos médicos suscrita.

Este servicio será brindado al “**EL ASEGURADO**” y/o dependientes dentro del casco urbano de las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula durante las 24 horas, los 365 días del año, exceptuándose expresamente el traslado interurbano. Sin embargo, el

traslado médico en Ambulancia normal se prestará en aquellas ciudades que tengan la infraestructura necesaria para el otorgamiento de esta asistencia.

- 4) **Asistencia Médica en las Clínicas de Consulta Externa:** En caso que se requiera de una evaluación médica el asegurado podrá utilizar las clínicas de Consulta Externa (según anexo) para asistir cualquier emergencia las 24 horas del día, todos los días del año.

EL ASEGURADO y/o dependientes podrán recibir asistencia médica en estas clínicas (según anexo), realizada por los médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, incluyendo el medicamento de emergencia, sin costo adicional.

Para hacer efectivo el goce de este beneficio, **EL ASEGURADO** y/o dependientes deberán solicitar su consulta vía telefónica, haciendo uso del Centro de Atención Telefónica a efecto que un médico asignado realice la evaluación telefónica y proceda a concertar la cita de atención en las clínicas de Consulta Externa (según anexo), en caso de evaluarse que sea necesaria dicha atención.

Es entendido que las asistencias por emergencia se podrán brindar las veinticuatro (24) horas del día; mientras que la consulta externa tiene un horario de trabajo de lunes a viernes, de las ocho horas a las dieciocho horas. La consulta externa atenderá a **EL ASEGURADO** y/o dependientes previa cita realizada a través del Centro de Atención Telefónica, la cual deberá ser programada en un máximo de tiempo de 3 horas posterior a la llamada. En ambos tipos de asistencia **LA COMPAÑÍA** se compromete a una atención expedita del paciente. En el caso de la consulta externa, si el paciente quiere ser atendido sin previa cita, este deberá esperar la confirmación por parte del Centro de Atención Telefónica.

El número de eventos de la sumatoria de los servicios atendidos por las coberturas de **ATENCIÓN DE EMERGENCIA MOVIL y ASISTENCIA MEDICA EN LAS CLINICAS DE CONSULTA EXTERNA** no deben pasar de 8 (ocho) al año, sin costo alguno.

- 5) **Red de Proveedores:** “**EL ASEGURADO** y/o sus dependientes podrán obtener importantes descuentos en varios productos y servicios médicos con los proveedores que se encuentran en la red (según anexo).

EL ASEGURADO y/o sus dependientes deberán presentar el carnet de Crefisa o acreditar que forman parte del grupo asegurado.

CLAUSULA No. 2: EXCLUSIONES

- a) **LA COMPAÑÍA** no prestará los servicios de asistencia descritos en el presente anexo, cuando en la localidad donde sean solicitados dichos servicios, no exista la infraestructura pública o privada o las condiciones de la localidad no permitan llevar a cabo la realización de dicho servicio.
- b) Por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el **ASEGURADO** con dolo o mala fe.
- c) Cuando el **ASEGURADO** oculte información al personal médico designado para la prestación de los **SERVICIOS DE ASISTENCIA**.

CLAUSULA No.3: DEFINICIONES

En el presente anexo se deberá entender por:

- a) **EL ASEGURADO:** El titular y dependientes de la póliza de Gastos Médicos, suscrita con seguros Crefisa.
- b) **ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños físicos a **EL ASEGURADO** y/o dependientes, ocasionado, por una causa externa o interna, violenta, fortuita y evidente que ocurra durante la vigencia del contrato.

- c) **EVENTO:** Cada una de las situaciones de emergencia por las cuales **LA COMPAÑÍA** se obliga a prestar los **SERVICIOS DE ASISTENCIA**.
- d) **EQUIPO MÉDICO:** El personal médico y asistencial apropiado que preste los Servicios de Asistencia.
- e) **ENFERMEDAD:** Cualquier alteración en la salud del **EL ASEGURADO** y/o dependientes, que suceda, origine o se manifieste por primera vez durante la vigencia de la póliza de gastos médicos suscrita.
- f) **DOMICILIO HABITUAL:** El domicilio permanente **EL ASEGURADO**, que conste en la solicitud de seguro.
- g) **PRESTADOR DE SERVICIOS:** persona que proporciona los servicios en forma directa a **EL ASEGURADO** y/o dependientes.
- h) **SERVICIOS DE ASISTENCIA:** Los servicios asistenciales que se prestan a **EL ASEGURADO** y/o dependientes en los términos de este anexo, Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la póliza de Gastos Médicos suscrita.
- i) **LA COMPAÑÍA: SEGUROS CREFISA S.A.**

CLAUSULA QUINTA No. 4: PROCEDIMIENTO EN CASO DE ASISTENCIA

Las asistencias que requiera **EL ASEGURADO** y/o dependientes de conformidad en lo establecido en la Cláusula Segunda del presente anexo, deberán ser solicitadas al Centro de Atención Telefónica en donde se calificará el tipo de asistencia a prestar y procedimiento a seguir. Para recibir los Servicios de Asistencia establecidos en este anexo, **EL ASEGURADO** y/o dependientes deberán proporcionar la siguiente información:

1. Número de Póliza (no indispensable)
2. Nombre Completo de El Asegurado y/o dependientes
3. Dirección exacta de localización
5. Descripción completa del accidente y/o enfermedad que origina el Servicio de Asistencia

CLAUSULA NO. 5: TERRITORIALIDAD DE LAS ASISTENCIAS

Los servicios que a continuación se detallan se brindarán donde quiera que se encuentre **EL ASEGURADO** y/o dependientes dentro de la República de Honduras, las 24 horas del día, los 365 días del año, toda vez que “**EL ASEGURADO** y/o dependientes cumplan con lo estipulado en las condiciones de la póliza de gastos médicos suscrita, de la cual forma parte el presente anexo; siempre y cuando, el lugar de origen de la asistencia reúna las condiciones de infraestructura para prestar un auxilio médico de emergencia.

CLAUSULA No. 6: INICIO DE COBERTURA DE ASISTENCIA

La cobertura inicia a las 12 horas de la fecha en que aparece en el presente anexo.

CLAUSULA No. 7: TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

Los Servicios de Asistencia podrán terminar por los siguientes hechos:

- a) Por decisión de **LA COMPAÑÍA** mediante aviso que deberá hacerse al asegurado por escrito por lo menos con treinta (30) días de anticipación.
- b) Al cancelarse la póliza de Gastos Médicos Suscrita.
- c) Por fallecimiento del Asegurado.
- d) Por decisión de **EL ASEGURADO**

CLAUSULA No. 8: FACULTAD DE LA COMPAÑÍA

LA COMPAÑÍA expide el presente anexo en consideración a la existencia de la póliza de Gastos Médicos suscrita por el Asegurado; sin embargo, se reserva el derecho de cobrar una prima
Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.6/-06-02-2023.



adicional en la fecha de Renovación de la misma, si el porcentaje de siniestralidad de la póliza fuese superior al mínimo establecido por ella.