

## ASISTENCIA MÉDICA (ANEXO 1)

### CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

En caso de enfermedad o accidente el Asegurado deberá comunicarse con el proveedor de asistencia médica contratado por La Compañía, para solicitar los servicios detallados a continuación.

1. **Orientación Médica Telefónica 24 horas, sin límite de evento.** Brindando orientación en primeros auxilios en caso de enfermedad, accidentes o urgencias, Información médica general sobre todo tipo de enfermedades, orientación sobre el uso, dosificación y efectos secundarios de medicamentos, además incluye:
  - a) Instrucciones de Pre-arribo de ambulancias.
  - b) Lectura y traducción de exámenes de diagnóstico.
  - c) Coordinación y Referencia a Especialidades.
  - d) Dosificación de medicamentos.
  - e) Información útil a cerca de centros hospitalarios, farmacias de turno u otros relacionados.
2. **Atención con Médico General en clínica del Proveedor:** Disponibilidad en las ciudades de Tegucigalpa, San Pedro Sula, Choloma y La Ceiba. Para consultas por enfermedades comunes, cobertura las 24 horas, sin copago y sin límite de eventos. Incluye medicamento de urgencias e insumos de ataque.
3. **Servicios de asistencia médica y/o paramédica in situ:** Con asistencia de una clínica móvil, con Médico y Paramédico, medicamentos de ataque e insumos, modernamente equipada, para atender Emergencias en el domicilio, lugar del accidente del vehículo o lugar del siniestro, dentro del casco Urbano de Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba y Choloma hasta el Km 8 salida a las postas policiales.
4. **Traslado en Ambulancia en caso de accidente laboral.** El personal médico determinará si es necesario el traslado a un centro hospitalario indicado por el Contratante o Asegurado.





## **CLÁUSULA No. 2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ATENCIÓN:**

Al requerir los servicios de asistencia, el Contratante deberá comunicarse con el proveedor de los servicios contratado por la Compañía, a través de la línea de asistencia telefónica que se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

Al momento de solicitar los servicios de asistencia, el Contratante deberá confirmar los siguientes datos:

1. Número de póliza
2. Nombre de Contratante de la póliza.
3. Nombre del Asegurado que requiere la asistencia médica.
4. Detalle del accidente o enfermedad, indicando la ubicación del Asegurado que requiere la asistencia médica.
5. Nombre y teléfono del representante del Contratante a cargo, para que el proveedor realice el seguimiento del caso.

---

Firma Autorizada

---

Firma Autorizada

