

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

Que se agrega y forma parte de la póliza SMH-N° ____ del ramo de SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Emitida a nombre de:

Vigencia: _____ al _____ (12:00 Meridiano)

Queda entendido y convenido que los términos y condiciones descritos a continuación forman parte integral de la póliza.

1. Elegibilidad:

1.1. Asegurado Titular: Contratante.

1.2. Asegurados Dependientes: El cónyuge (legal o de hecho), hijos; incluyendo hijastros e hijos legalmente adoptados.

1.3. Límites de Edad:

1.3.1. Asegurado titular y cónyuge:

- Edad mínima de ingreso: 18 años de edad.
- Edad máxima ingreso: al cumplimiento de los 70 años de edad.
- Edad máxima de permanencia: al cumplimiento de los 85 años de edad.

La Compañía no asumirá ningún riesgo una vez que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza y procederá a cancelar la cobertura del asegurado.

1.3.2. Hijos:

Edad mínima de ingreso: a partir de los 10 días del nacimiento; si el niño nace con problemas de salud se brindará cobertura desde el primer día de nacido hasta los 10 días de edad, hasta el límite de la suma asegurada establecida en estas condiciones para el beneficio cuidado crítico neonatal, es requisito para otorgar esta cobertura que la madre haya pasado el periodo de espera para la cobertura de maternidad, por el embarazo que dio como resultado el alumbramiento del recién nacido. Para la inclusión posterior del recién nacido a la póliza se deberán completar los requisitos de asegurabilidad que la Compañía determine.

Edad máxima de ingreso: al cumplimiento de los 22 años, la cobertura podrá ser extensiva hasta el cumplimiento de los 25 años de edad, siempre que este;

- Dependencia económica de los padres.
- Estudie a tiempo completo en un centro educativo reconocido.
- No esté habilitado o emancipado legalmente.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

- Sin progenie (conjunto de hijos o descendientes de una persona).

El asegurado titular deberá presentar constancia de estudio a tiempo completo y de dependencia económica de los hijos dependientes a partir del cumplimiento de los Diez y nueve (19) años de edad. Estos documentos deberán adjuntarse al momento de solicitar la inclusión del asegurado (siempre y cuando no supere la edad máxima de permanencia para hijos dependientes) y en la primera reclamación presentada dentro de la vigencia de la póliza, o a solicitud de la Compañía cuando lo considere necesario; la constancia tendrá validez durante la vigencia de la póliza.

En caso de hijos con capacidades especiales que sigan dependiendo de sus padres después del cumplimiento de los 25 años, se extiende la cobertura de Gastos Médicos con cobro de prima como titular correspondiente a la categoría/plan del padre; Permaneciendo en la póliza hasta que el padre titular se encuentre vigente en la póliza.

- 1.4.** La cobertura de un asegurado principal y/o asegurados dependientes cesará a las doce (12) horas meridiano del día en que cumpla la edad máxima de permanencia.
- 1.5.** Toda condición de salud debe ser declarada en la solicitud de inscripción de seguro (consentimiento) por parte del candidato a asegurar, la cual debe ser completada y presentada a la Compañía para ser analizada a fin de determinar la aceptación, limitación o rechazo.
- 1.6.** Inicio de la cobertura para cada asegurado: las solicitudes de ingreso recibidas por la Compañía después del día 15 de cada mes, tendrán como fecha efectiva de cobertura, el primer día del mes siguiente, siempre y cuando sea elegible para el seguro.
- 1.7.** Esta póliza brinda cobertura únicamente a personas residentes en la República de Honduras, no brindara cobertura a personas que permanezcan fuera de la República de Honduras por un periodo mayor a (6) seis meses, por cualquier motivo. Para hijos dependientes que viajen o residan en el extranjero contarán con la cobertura regional contratada mientras el titular de la póliza resida en Honduras.
- 1.8.** **Asistencia Funeraria Dependientes disponible las 24 horas del día los 365 días del año (anexo 1 de Vida; detalle de costos y beneficios).**

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

2. Prima Anual:

<i>Categoría</i>	<i>Prima Gastos Médicos</i>	<i>Afiliación PORSALUD</i>	<i>Total</i>
<i>Empleado</i>	L	L 420.00	Suma de las dos columnas.
<i>Dependientes</i>	L	L 600.00	Suma de las dos columnas.
<i>Total</i>	L	L1,020.00	Suma de las dos columnas.

Forma de pago: Según lo establecido en el convenio de pago, el cual forma parte integral de la póliza.

3. Cuadro de Beneficio :

Beneficios	Plan Especial
Cobertura Geográfica	Centroamericana (Se excluye Belice y Panamá)
Máximo Vitalicio	Opción I - L 3,000,000.00 Opción II - L 4,000,000.00
Porcentaje de reembolso Honduras y Centro América	80% (De los gastos elegibles)
Coaseguro a Cargo del Asegurado.	20% (De los gastos elegibles)
Límite de Coaseguro hospitalario en Honduras y Centroamérica por evento	L. 30,000.00 (20% de los primeros L. 150,000.00) El exceso de gastos elegibles estará cubierto al 100%.
Cuarto y Alimentación	
Honduras	L 1,200.00
En Centro América	L 1,200.00
Gastos por VIH/SIDA y cualquier otra enfermedad de transmisión sexual	50% del Saldo del Máximo Vitalicio
Deducible en Honduras y Centro América	L. 1,200.00 Por Asegurado
Límites de Consulta	
Médico General	L 800.00
Médico Especialista	L 1,300.00
Cardiólogo y Neurólogo	L 1,400.00

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

Honorarios Médicos por hospitalización, emergencia y procedimientos quirúrgicos	Según Tabla de referencia REHSA.
Maternidad Parto Normal L 40,000.00 Cesárea L 55,000.00 Aborto L 25,000.00 Siempre y cuando la concepción ocurra después del 04 mes de cobertura en la póliza, en caso de nacimientos prematuros este estará cubierto cuando se compruebe que efectivamente se trata de un nacimiento anticipado.	Maternidad en el extranjero: \$ 2,500.00 valor máximo a reembolsar. Los límites indicados Incluyen gastos pre y post natales, las complicaciones durante el embarazo serán reconocidas enmarcadas dentro del límite de parto normal.
Control de desarrollo y Crecimiento (Consulta y Vacunas establecidas en el programa ampliado de inmunización (PAI) de la Secretaría de Salud de Honduras.) Para niños nacidos en la vigencia de la póliza.	Desde los 10 días de su nacimiento hasta los 12 años Sin Límite.
Niños nacidos fuera de la vigencia de la póliza.	Desde los 10 días de su nacimiento hasta los 6 años con límite anual de L 2,500.00.
Atención al Recién nacido Sala Cuna L 4,000.00 Pediatria L 6,000.00	Hasta L 10,000.00 máximo de reembolso al año póliza, aplica deducible y coaseguro general de la póliza.
Cuidado crítico neonatal: Desde el 1er día de nacido hasta el día 10; Si nace prematuro, Si nace con padecimientos o enfermedades congénitas, por enfermedades contraídas dentro del hospital. Cobertura aplica únicamente por hospitalización.	Opción I - L 750,000.00 máximo de reembolso Opción II - L 1,000,000.00 máximo de reembolso Dentro del Máximo Vitalicio de la Madre.
Control Ginecológico Anual Cubre al Titular o Cónyuge bajo prescripción médica. Sujeto a deducible y coaseguro. Máximo \$1,000.00 por año póliza para gastos Fuera de Honduras	Dos Citologías incluyendo, Consulta y una mamografía (Mujeres mayores de 35 años una vez al año)
Examen de próstata (PSA) Cubre al Titular o Cónyuge bajo prescripción médica. Sujeto a deducible y coaseguro.	Una vez al año Hombres mayores de 40 años.

**SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR
CONDICIONES ESPECIALES
PLAN ESPECIAL**

Máximo \$1,000.00 por año póliza para gastos Fuera de Honduras	
Tratamiento Psiquiátrico y Psicológico (Enfermedades mentales, psicológicas, depresión, esquizofrenia, estrés, fatiga crónica e insomnio)	L 12,000.00 máximo de reembolso por año póliza y grupo familiar.
Consulta por psiquiatría, Psicología y terapias de lenguaje.	L 10,000.00 máximo de reembolso por año póliza y grupo familiar.
Ambulancia Terrestre en Honduras	Máximo de Rembolso L 10,000.00 máximo de reembolso; aplica coaseguro y deducible de la póliza.
Ambulancia Aérea para traslados de Honduras al extranjero.	\$ 5,000.00
Cobertura de enfermedades preexistentes graves y no graves durante el periodo de espera; siempre que las patologías sean declaradas y aceptadas por la compañía.	Hasta L 15,000.00 por vigencia póliza para todo el grupo de patología.
Periodo de espera para enfermedades preexistentes no graves. Siempre que sean declaradas y aceptadas por la Compañía.	12 meses de cobertura continua
Periodo de espera para enfermedades preexistentes graves. Siempre que sean declaradas y aceptadas por la Compañía.	24 meses de cobertura continua
Gastos Fúnebres Para Dependientes asegurados.	L 25,000.00
Cobertura gratis para dependientes en caso de fallecer el asegurado titular.	Amparado 1 año
Red de Proveedores y condiciones de uso disponible en www.ficohsaseguros.com	Médicos Especialistas, Hospitales, Laboratorio y radioimagenes.
Plan Dental Opcional Sin periodo de espera Máximo anual por grupo familiar Deducible anual por persona Porcentaje de reembolso (Fase I, II, III) Ortodoncia	L 30,000.00 L 800.00 70% Excluido
Plan Oftalmológico Opcional Máximo anual por grupo familiar Sin periodo de espera. Sin deducible.	L 15,000.00

Textos registrados en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.76 25-10-2021 y Según Resolución POL GPU No. 37/16 - 10 -2023

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

4. Otros Beneficios:

- 4.1.** Cobertura de cirugías plásticas y reconstructivas: Serán cubiertas cuando sean médicamente necesarias a consecuencia de un accidente y/o enfermedad que ocurran durante la vigencia de la póliza, siempre que el tratamiento se realice mientras el asegurado esté vigente en la póliza.
- 4.2.** Tratamientos dentales en caso de accidente por pérdida de la dentadura natural, cubiertas por emergencias, hospitalización o procedimientos quirúrgicos por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que el tratamiento se realice durante los tres meses siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.
- 4.3.** Extracción de terceras molares impactadas con la presentación de placas pre y post operatorias, con un valor máximo a reembolsar de L 3,500.00 por molar impactada.
- 4.4.** Prótesis, reemplazo de miembros y ojos naturales perdidos durante la vigencia de la póliza, se cubrirá una sola prótesis por cada miembro perdido a consecuencia de una enfermedad o accidente, de acuerdo al costo justo razonable y acostumbrado de la localidad donde es prestado el servicio (Excepto las dentales, que estarán cubiertas únicamente en caso de accidentes ocurridos en la vigencia de la póliza donde se pierda la dentadura natural).
- 4.5.** Trasplante de órganos hasta el máximo vitalicio disponible del asegurado, incluye: gastos pre y post operatorio, transporte de órgano a trasplantar y gastos médicos del donante vivo al momento del trasplante; no están cubiertas las complicaciones o el deterioro de la salud del donante.
- 4.6.** Terapias físicas y de rehabilitación, estarán cubiertas de la siguiente forma; las primeras 10 fisioterapias podrán ser remitidas por un médico ortopeda o médico especialista en medicina física. A partir de la onceava (11) fisioterapia se reconocerán únicamente las remitidas por un médico especialista en medicina física y de rehabilitación, legalmente autorizado.
- 4.7.** Vitaminas que tengan un efecto terapéutico sobre una enfermedad cubierta, prescrita por el médico tratante y comprobada la enfermedad.
- 4.8.** Gastos por psiquiatría en casos de accidentes cubiertos por la póliza, únicamente por hospitalización estadía mayor a 24 horas.
- 4.9.** Gastos por Psiquiatría a causa de Fatiga, Stress, insomnio cubiertos bajo el límite establecido en el cuadro de beneficio.
- 4.10.** Tratamiento de alergias crónicas.
- 4.11.** Zapatos ortopédicos, 2 pares al año reembolsables al 50% del valor comercial.

Textos registrados en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.76 25-10-2021 y Según Resolución POL GPU No. 37/16 - 10 -2023

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

- 4.12. Cobertura de acné inflamatorio Pápulo-Pustuloso y Nódulo - Quístico.
- 4.13. Prótesis, ortesis y el uso de aparatos médicos correctivos prescritos por el médico tratante hasta un valor máximo de reembolso anual L.40,000.00 por asegurado; siempre que estos sean necesarios para la recuperación de la salud y el diagnostico este cubierto por la póliza, vía reembolso directo.
- 4.14. Nutricionista en caso de enfermedad cuando sea medicamento necesario: Máximo L 10,000.00 vía reembolso.
- 4.15. Enfermedades de la piel L 4,000.00 por grupo familiar. Vía reembolso.
- 4.16. Medicamento y material quirúrgico requerido mediante atención en hospitales públicos; amparado. Vía reembolso.
- 4.17. Medicinas y tratamientos naturales, homeopáticos: L10,000.00 por grupo familiar, al año póliza; siempre y cuando sean recetados por un médico colegiado. Vía reembolso
- 4.18. Tratamiento hormonal, menopausia, andropausia y climaterio L 20,000.00 anual. Vía reembolso.
- 4.19. Cobertura Dental: detalle de términos y beneficios en anexo adjunto. **(Aplica en caso de tomar la cobertura)**

5. Generalidades

- 5.1. La Compañía reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos elegibles relacionados con la enfermedad y/o lesiones accidentales incurridos por el asegurado titular y asegurados dependientes, siempre que sean necesarios para el restablecimiento de la salud y no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados.
- 5.2. El saldo del máximo vitalicio disponible para un asegurado se reducirá al 50% al cumplimiento de los 70 años de edad del asegurado titular y cónyuge.
- 5.3. En el caso de aseguradas embarazadas que hayan pasado el periodo de espera por maternidad y que no están participando en el pago de la prima de dependientes; se cobrara primas por dependientes a partir del 3 mes de embarazo, para la cual la asegurada deberá hacer la notificación respectiva a la compañía, caso contrario no podrá gozar de la cobertura de recién nacido.
- 5.4. Los gastos médicos para tratamientos efectuados por amenaza de aborto y sus complicaciones serán reconocidos dentro del límite de aborto siempre que el gasto ocurre en las primeras 20 semanas de gestación, a partir de las 21 semanas de gestación los gastos serán reconocidos dentro del límite de parto normal hasta el alumbramiento.
- 5.5. Control niño sano desde los 10 días de nacido hasta los 12 años para niños nacidos en la vigencia de la póliza, siempre que la madre asegurada haya pasado el periodo de espera para

Textos registrados en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.76 25-10-2021 y Según Resolución POL GPU No. 37/16 - 10 -2023

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

la cobertura de maternidad por el embarazo que dio como resultado el alumbramiento del recién nacido. Niños nacidos fuera de la vigencia de la póliza o que la madre asegurada no haya pasado el periodo de espera para la cobertura de maternidad, tendrá una cobertura anual de L 2,500.00 máximo reembolsable.

En ambos casos estarán cubiertas las vacunas establecidas en el programa ampliado de inmunización (PAI) de la secretaría de salud de Honduras.

5.6. Límite de coaseguro para gastos médicos elegibles por emergencias, hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos por evento en Honduras: L 30, 000.00 por evento, el exceso de los gastos elegibles será reconocido por la Compañía al 100%.

Límite de coaseguro: Es el monto máximo de gasto médicos elegibles que asume el asegurado en concepto de coaseguro a consecuencia de un evento por emergencia, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. Los gastos ambulatorios no aplican para el beneficio de límite de coaseguro.

Evento: Significa una enfermedad o una lesión accidental por los cuales se incurra en gastos elegibles a causa de una emergencia, hospitalización o procedimiento quirúrgico, siempre que sean incurridos durante una estadía hospitalaria continua, el egreso del asegurado del centro hospitalario se considerara la finalización del evento, las emergencias hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos posteriores al egreso aunque sean a causa de una mismas enfermedad o lesión accidental se consideraran un nuevo evento.

5.7. El periodo máximo para la presentación de reclamos es de 6 meses contados a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente y no tenga primas pendientes de pago.

5.8. La presente póliza brindara la cobertura en caso de accidente o enfermedad al asegurado dentro y fuera de la ocupación laboral.

5.9. La atención de pago de reclamos, pre-certificaciones y autorizaciones médicas, servicios en la red de proveedores y cualquier otro servicio cubierto por esta póliza quedaran suspendidos automáticamente cuando la póliza presente primas pendientes de pago con una mora mayor a 30 días.

5.10. Una vez cancelada la póliza por cualquier causa, el periodo máximo para la presentación de reclamos elegibles es de 30 días contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza siempre y cuando:

- a) Los gastos hayan sido incurridos en la vigencia de la póliza y previo a la cancelación de la misma.
- b) No excedan los 6 meses indicados en el inciso 5.7.
- c) Las primas hayan sido pagadas en su totalidad.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

5.11. Coordinación de Beneficio: En caso que el asegurado tenga cobertura en una o varias pólizas de seguros contratadas de buena fe con otras compañías de seguro locales o internacionales, aplicaran las siguientes reglas:

- a) La Póliza que haya sido contratada primero, es decir la de mayor antigüedad, será la primera en dar cobertura al reclamo, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicha Póliza. Si la misma cubre en su totalidad los gastos elegibles incurridos por el Asegurado, esta póliza no dará cobertura a dichos gastos.
- b) Si la primera póliza contratada no cubra en su totalidad los gastos elegibles incurridos por el Asegurado por concepto de coaseguro y deducible, las pólizas adicionales deberán cubrir dichos gastos, de acuerdo al orden cronológico de antigüedad de contratación, los cuales sumados en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos elegibles incurridos por el Asegurado.
- c) En caso de que existan dos o más seguros contratados en la misma fecha y hora, la indemnización será proporcional a la responsabilidad asumida en cada Póliza.

5.12. Se establece un periodo máximo de 60 días para errores u omisiones en la notificación de inclusiones y exclusiones del censo de los asegurados, siempre y cuando el movimiento retroactivo no sea anterior al inicio de vigencia de la renovación.

5.13. Gastos de Oftalmología: Se incluirán como gastos elegibles los exámenes de la vista y compra de aros y lentes, siempre que exista en la vista del asegurado un cambio en la graduación de por lo menos 0.25 dioptrías. Quedan excluidos los lentes de sol, de contacto o con fines cosméticos. **(Aplica en caso de tomar la cobertura)**

5.14. La validez del consentimiento es de 90 días, posterior a ese plazo el documento debe actualizarse, aun cuando la cláusula de errores u omisiones sea mayor a ese periodo.

5.15. Para los pagos de siniestros por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del asegurado, la compañía de seguro no se responsabiliza por inconvenientes o errores que resulten si el asegurado proporciona el número o datos incorrectos. Por ende el asegurado libera de toda responsabilidad de pago a la compañía de seguros y da por bien hecho los pagos conforme a las instrucciones aquí brindadas.

Los cargos que realice la institución Bancaria por las transferencias ACH corren por cuenta del Asegurado.

5.16. Se reconocen gastos de centros asistenciales, farmacia y médicos debidamente autorizados para el otorgamiento de los mismos y que cumplan con los requisitos fiscales vigente del país en donde se incurrió el gasto.

5.17. La red de proveedores es un beneficio que brinda la Compañía y está sujeta a la disponibilidad con que cuente cada uno de ellos y parámetros establecidos por la aseguradora.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

Por lo que si no se especifica que un beneficio y/o cobertura aplica por medio de la red, se debe entender que el asegurado deberá pagar el 100% de los gastos y presentarlo posteriormente bajo el proceso de reembolso directo para su respectivo análisis.

5.18. Límite de Cobertura COVID-19:

- Para los asegurados que cuentan con el esquema de vacunación completo, se otorga cobertura por Covid-19 hasta el Máximo Vitalicio disponible con el límite de coaseguro normal de la póliza y sin periodo de espera. (Deberá presentar su carnet de vacunación para atención de reclamos por este diagnóstico).
- Para los asegurados que cuentan con esquema de vacunación parcial, se otorga cobertura por Covid-19 hasta el 50% Máximo Vitalicio o Saldo disponible del mismo en caso que sea menor a dicho porcentaje; con el límite de coaseguro normal de la póliza y periodo de espera de 30 días. (Deberá presentar su carnet de vacunación para atención de reclamos por este diagnóstico).
- Asegurados no vacunados, tendrán cobertura para gastos médicos por COVID-19 hasta un máximo de **L 150,000.00** o el saldo de máximo Vitalicio disponible en caso que este sea menor a dicho monto. No Aplica límite de coaseguro hospitalario. Aplica periodo de espera de 30 días.

5.19. La red de proveedores médico-hospitalaria se otorga de acuerdo a las condiciones descritas en nuestra página web www.ficohsaseguros.com.

5.20. Gastos de Emisión: L.150.00, por los costos implícitos en cada renovación.

6. Pre-Certificación Médica.

6.1. Es requisito indispensable y obligatorio la Pre-Certificación para el manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico, programados o electivos, procedimientos ambulatorios, equipo médico durable, maternidad y los exámenes especiales o grupo de exámenes indicados por un médico colegiado dentro del alcance de su licencia y especialidad, con un costo mayor o igual a L3,000.00; la Pre-Certificación deberá ser solicitada por el asegurado a la Compañía cinco (5) días hábiles antes del tratamiento, procedimiento o fecha de alumbramiento, mediante el formulario designado para tal fin, completamente lleno adjuntando historia clínica, exámenes y/o estudios realizados y cualquier otra información requerida por la Compañía.

6.2. En los casos no pre-certificados el asegurado deberá pagar el total de la cuenta y presentar el reclamo a la Compañía, si el gasto después del análisis correspondiente resulta elegible, la Compañía se reserva el derecho de incrementar el coaseguro hasta en un 30%

Textos registrados en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.76 25-10-2021 y Según Resolución POL GPU No. 37/16 - 10 -2023

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

adicional al coaseguro establecido en esta póliza aplicable a gastos elegibles incurridos dentro o fuera de Honduras, siempre aplicando los valores de deducible, gastos en exceso y sujeto a los costos razonables y acostumbrados para esa hospitalización o procedimiento.

Los estudios de laboratorio y realización de Fisioterapia hasta (10 sesiones) no requieren pre-certificación médica; los servicios antes descritos serán sujetos a pre-certificación médica en los casos siguientes:

- a) A partir de la onceava sesión de Fisioterapia.
- b) Servicios de laboratorio y Fisioterapias a realizarse fuera del territorio nacional.

6.3. Para todo manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico programable o electivo la Compañía podrá solicitar en casos necesarios y sin costo para el asegurado una segunda evaluación médica, requisito para la aprobación de la pre-certificación, teniendo derecho el asegurado o la Compañía a solicitar hasta una tercera opinión con fines de reconfirmación del procedimiento sugerido por el médico tratante.

6.4. Si después de la tercera opinión médica la pre-certificación es denegada y el asegurado se somete a dicho procedimiento, la Compañía se reserva el derecho de incrementar el coaseguro hasta un 15% adicional al coaseguro establecido en esta póliza aplicable a gastos elegibles incurridos dentro o fuera Honduras, este porcentaje es adicional al coaseguro establecido en estas condiciones especiales para ambas coberturas.

6.5. En procedimientos quirúrgicos programables o electivos en los cuales se cambie el diagnóstico inicial o se agregue otro diagnóstico a la historia clínica, es requisito gestionar una nueva pre-certificación. En los casos en que la Compañía lo considere necesario podrá confirmar dicho diagnóstico mediante la investigación médica.

6.6. Si el asegurado permaneciera hospitalizado más días de los autorizados en la pre-certificación es requisito solicitar nueva autorización, de lo contrario la Compañía no reconocerá los gastos incurridos en esos días.

6.7. Las admisiones de emergencia deben ser notificadas a la Compañía dentro de las primeras veinticuatro (24) horas o el día hábil siguiente a la admisión.

7. Pre- Certificación De Medicamentos:

7.1. El suministro de medicamentos que deben ser obligatoriamente pre-autorizados por medio de la Red de Farmacias es la siguiente:

- a) Todo medicamento de uso continuo y permanente.
- b) Todo medicamento indicado para tratamiento mayor a 30 días.
- c) Compra de medicamentos (s) con un monto igual o superior a L 3,000.00 por asegurado, indistintamente si la compra se realizó en una o varias farmacias de la Red, por uno o

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

varios diagnósticos acumulados en un periodo de 30 días, la siguiente compra requerirá pre-autorización.

7.2. Toda compra de medicamentos que no cumpla con los criterios mencionados en el inciso anterior, podrá ser suministrado sin previa autorización de la compañía de seguros siempre y cuando se cumpla con los requisitos establecidos para el uso de la Red de Farmacias (ver anexo adjunto).

7.3. La pre-autorización por concepto de medicamentos de uso continuo y permanente se brindará hasta para un periodo de seis (6) meses de tratamiento, suministrando al asegurado hasta dos meses de tratamiento por cada evento o compra; siempre y cuando este prescrito por un médico dentro del alcance de su especialidad.

7.4. En caso de haber cambios en el tratamiento indicado en la pre-autorización una vez iniciado el suministro, el asegurado deberá solicitar una nueva pre-autorización, la anterior será anulada quedando sin validez.

7.5. En caso que el asegurado no haya cubierto el deducible según condiciones de la póliza, el mismo será cubierto en la Red de Farmacias.

8. Condición de Salud Preexistentes

Se define como una enfermedad, lesión corporal, condición de salud o la presencia de síntomas y/o signos por los cuales el asegurado, previo a la fecha efectiva de su seguro:

- a) Tuvo advertencia médica o consultó a un médico.
- b) Recibió tratamiento médico, servicios o suministros médicos.
- c) Se ha practicado o le recomendaron exámenes para el diagnóstico pertinente.
- d) Tomó drogas o medicamentos recetados o recomendados.
- e) Asistió a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Se consideran también enfermedades o lesiones pre-existentes:

- a) Las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de iniciada la cobertura de la póliza.
- b) Tenga o no conocimiento el asegurado, de su existencia.
- c) En el caso de las enfermedades congénitas aplica lo establecido en la cláusula N. 10.14

8.1. Enfermedades graves; se define como el conjunto de enfermedades o condiciones de salud que ponen en alto riesgo la vida y la salud de una persona y que a la vez involucra elevados costos de atención y tratamiento, así como un nivel elevado de especialización hospitalaria y médica. Son algunas enfermedades graves pero no limitadas a las siguientes:

- a) **Enfermedades Cerebro vasculares incluyendo accidentes cerebro vascular y los procedimientos neuroquirúrgicos respectivos para su tratamiento.**

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

- b) Enfermedades Cardiovasculares que incluye: infarto agudo al miocardio, cardiopatías y demás enfermedades que requieran de: Cateterismo cardiaco, angiografía, angioplastia, Bypass Aortocoronario y demás procedimientos de cirugía cardiaca.
- c) Cáncer de cualquier tipo, que incluye los procedimientos quirúrgicos respectivos para su tratamiento y los tratamientos ambulatorios mayores como quimioterapia y radioterapia.
- d) Enfermedades Renales y/o Hepática Crónica incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y tratamientos ambulatorios mayores como la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.
- e) Enfermedades Metabólicas o Endocrinológicas.
- f) Lupus Eritematoso Sistémico.
- g) Enfermedades Inmunológicas: SIDA.
- h) Hernia, Abdominal, Inguinal, Discal o Lumbar, Diafragmática y otras.
- i) Padecimientos Articulares, Incluye Artritis de cualquier Etiología.

9. Limitaciones:

9.1. No se cubrirá durante el primer año de cobertura continua de un asegurado en la póliza cualquier tratamiento, cirugías, procedimientos, exámenes laboratorios, estudios diagnósticos y las complicaciones a causa de:

- Lupus eritematoso sistémico;
- Síndrome metabólico;
- Enfermedades ácido pépticas;
- Urolitiasis;
- Problemas de estáticas de pélvica, endometriosis y miomas;
- Patologías mamarias;
- Colelitiasis y/o colecistitis;
- Patologías de tiroides;
- Patología de columna vertebral;
- Quistes, tumores, fibromas, hernias y pólipos de cualquier tipo;
- Bridas y/o adherencias;
- Patologías de rodilla; excepto en casos de accidentes ocurridos dentro de la vigencia de la póliza.
- Hemorroides.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

9.2. No se cubrirán durante el primer año de cobertura continua de un asegurado en la póliza las cirugías y procedimientos de: amigdalectomía, adenoidectomías, sinusotomía, turbinoplastia y etmoidectomía.

La septumplastia y rinoseptoplastía, no se cubrirán durante el primer año de cobertura sin embargo, si dentro del primer año es necesario efectuar alguna de estas cirugías como consecuencia de un accidente, las mismas se indemnizaran, siempre y cuando se presenten radiografías con sus respectivas lecturas en las cuales se identifique el trauma.

Si la cirugía, procedimiento, estudio de diagnóstico y/o tratamiento se deben a una lesión o enfermedad que antecede al inicio de la cobertura del asegurado, haya o no recibido tratamiento previo o dichas lesiones y enfermedades se hayan excluido de la cobertura de la póliza no estará cubierta en ningún momento.

10. Exclusiones:

Esta póliza no brindara cobertura o reconocerá gastos por ninguna de las siguientes condiciones o a causa de:

10.1. Exámenes de la vista, habilitación de lentes o aparatos auditivos; las enfermedades propias del ojo si estarán cubiertas. (Excepto si figura como cobertura en otros beneficios).

10.2. Reemplazo o ajuste de aparatos auditivos, anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo y cualquier otra refracción de la vista.

10.3. Tratamientos o intervención quirúrgica para la transformación sexual y trastornos sexuales. (Excepto si figura como cobertura en otros beneficios).

10.4. Tratamientos o intervención quirúrgica para la infertilidad y la fecundación in-vitro. (Excepto si figura como cobertura en otros beneficios).

10.5. Hormonas para tratamiento del climaterio y/o menopausia y anticoncepción, incluyendo consultas, estudios, medicamentos, pruebas. (Excepto si figura como cobertura en otros beneficios).

10.6. Tratamientos para la obesidad o pérdida de peso y todo trastorno alimenticio, tratamientos con nutricionistas, la anorexia y bulimia.

10.7. Tratamientos dentales (Cubierto si su causa es un accidente ocurrido durante la vigencia de la poliza).

10.8. Trastornos mentales, depresiones, ansiedades o desórdenes nerviosos funcionales, excepto si los mismos son a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, recomendados por el médico tratante durante la reclusión hospitalaria del asegurado. Excepto lo establecido en la cobertura de Psiquiatría.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

10.9. Los servicios o tratamientos suministrados por médicos familiares del individuo asegurado, dentro del primer y segundo grado de consanguinidad y afinidad. Aquellos cargos por gastos incurridos dentro de un establecimiento que sea propiedad del individuo asegurado o de un familiar dentro del primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad.

10.10. Gastos por la atención o tratamientos de lesiones a consecuencia de accidentes, sufridos por un asegurado por encontrarse en estado de embriaguez.

10.11. Queda excluida la cobertura por gastos médicos y tratamientos que se originen por el consumo de drogas, alcohol, veneno y gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalado voluntariamente y todo acontecimiento que se derive de estar bajo la influencia del alcohol y drogas. Para efectos de esta póliza se considera que se encuentran bajo la influencia de bebidas alcohólicas; Cuando el contenido alcohólico en la sangre supera el 0.07% o 70 mg/100 ml.

10.12. Quedan excluidos los medicamentos: benzodicepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos de uso psiquiátrico o psicológico independientemente de su causa, excepto si los medicamentos prescritos son a consecuencia de un tratamiento Cubierto dentro del Beneficio de enfermedad Psiquiátrico.

10.13. Quedan excluidos los tratamientos y medicamentos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, gigantomastía y cualquiera de las consecuencias y complicaciones de esta. (Excepto si figura como cobertura en otros beneficios).

10.14. Padecimientos y enfermedades congénitas, definiéndose como: la alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que pudo haber sido heredada genéticamente, adquirida durante el embarazo o por dificultades en el parto, en los casos donde el asegurado no tenga conocimiento de padecer una enfermedad congénita estará cubierta, siempre que sea diagnosticada dentro de la vigencia de la póliza y no haya recibido tratamiento previo por dicho diagnóstico.

Para los recién nacidos dentro de la cobertura de la póliza, si estarán cubiertos los padecimientos o enfermedades congénitas dentro del límite establecido en el cuadro de beneficios de la póliza.

10.15. Enfermedades preexistentes graves y condiciones de salud no declaradas en la solicitud de inscripción del seguro.

10.16. Reconocimientos médicos o chequeos generales.

10.17. Lesiones que sufra el asegurado en: Servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, motín, huelgas, conmoción civil, terrorismo y energía nuclear.

10.18. Gastos por pago de impuestos de cualquier índole.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

10.19. Se excluye el pago de medicamentos que no hayan sido autorizados por la FDA (Food and Drug Administration).

10.20. Si la cirugía, procedimiento, estudios de diagnóstico, tratamientos y/o complicaciones se deben a una lesión o enfermedad que antecede al inicio de la cobertura del asegurado o se ha excluido de la cobertura de la póliza.

10.21. No se reconocen gastos a consecuencia de todo tipo de pagos por adquisición de servicios y productos médicos que no representen el valor principal del gasto cubierto por la póliza como ser, pero no limitado a: intereses, impuestos, gastos de envío o transporte, cargos administrativos, donaciones y cualquier otro gasto incurrido no detallado como cobertura en esta póliza.

10.22. Cualquier gasto amparado con factura recibo o comprobante de pago que no cumpla con los requisitos del régimen fiscal vigente del país en donde se incurrió el gasto.

10.23. Medicamentos de origen natural, preventivos, alternativos o no autorizados por la FDA, excepto si figura como cobertura en otros beneficios.

10.24. Medicamentos dermatológicos para tratamientos estéticos; Si estarán cubiertos cuando sean utilizados para efectos inflamatorios, antibacterianos y antiinfecciosos.

Modificaciones al Contrato: toda solicitud de modificación deberá ser solicitada a la Compañía por escrito y deberá quedar constancia de la recepción de este documento.

En consecuencia, los agentes, intermediarios o cualquier otra persona no autorizada, carecen de facultades para solicitar modificaciones o concesiones a la póliza.

En cada renovación de la póliza, la Compañía de seguros podrá realizar los cambios en condiciones, deducibles, coaseguro, primas, que estime convenientes de acuerdo al comportamiento de siniestralidad y a los factores de evaluación que la Compañía estime convenientes.

Agravación del riesgo: El Asegurado deberá comunicar a la Compañía toda circunstancia de agravación (es) de riesgo (s) aun cuando fuere (n) temporal (es), que pudiera (n) afectar la base de contratación de la póliza o que de haber sido conocidas por la compañía no habría dado su consentimiento para la celebración del contrato o la habría dado en condiciones diferentes, esta comunicación debe ser realizada por el asegurado a la compañía de manera escrita en las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca o deba conocer.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

La falta de esta comunicación faculta a la compañía a dar por terminada la cobertura; la responsabilidad de la compañía concluirá 15 días después de haber comunicado su resolución al asegurado.

Aplican los demás términos y condiciones establecidos en el condicionado general de la póliza.

Exclusión LA/FT: El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen no delincuencia organizada conocidos como tales por tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en la lista de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU entre otra. Este endoso se adecuara a lo pertinente a los procedimientos especiales que podrán derivarse de la Ley Especial contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo , custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

Solución de controversias: cualquier controversia o conflicto entre las partes que surja relacionado directamente o indirectamente con este contrato ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo se resolverá mediante la promoción de la acción que corresponda a interponerse ante la jurisdicción y competencia del Juzgado de Letras Civil del departamento de Francisco Morazán.

De conformidad con el artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

**SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR
CONDICIONES ESPECIALES
PLAN ESPECIAL**

Tegucigalpa, M.D.C. __ de __ de ____

Firma Autorizada

Firma Autorizada

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

Anexo Plan Dental

Detalle de la cobertura:

1. **Amparados titulares y Dependientes Inscritos en las pólizas.**
2. **Deducible año póliza L 800.00 por asegurado.**
3. **Coaseguro 70/30.**
4. **Plan Dental, Beneficios máximos para miembros asegurados y sus familiares dependientes: Tipos I, II, III:**

A excepción de lo expuesto en la estipulación de Limitaciones de esta Póliza, los Cargos por Gastos Dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministros o tratamiento siguientes:

- **Tipo I: Tratamientos Preventivos**
 - A. Exámenes Orales —exámenes orales rutinarios incluyendo diagnóstico.
 - B. Profilaxis — incluyendo limpieza, raspado de dientes, pulimento.
 - C. Aplicaciones de Fluoruro — hasta el cumplimiento de 19 años de edad.
 - D. Rayos X — incluyendo 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.
 - E. Sellantes, Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.
 - F. Pruebas de Laboratorio
 - G. Otros Exámenes para diagnóstico.
- **Tipo II: Tratamientos Curativos y Restaurativos**
 - A. Sostenedores de espacio.
 - B. Tratamiento paliativo de emergencia
 - C. Extracciones simples (rutinarias)
 - D. Extracciones quirúrgicas
 - E. Cirugía Oral
 - F. Alveolectomía
 - G. Anestesia
 - H. Inyecciones terapéuticas
 - I. Restauración - relleno de amalgama o proceso sintético
 - J. Endodoncia
 - K. Periodontología
- **Tipo III: Tratamientos Mayores (prótesis)**
 - A. Incrustaciones

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

- B. Coronas
- C. Reparación de dentadura y puente
- D. Prótesis - incluyendo puentes y dentaduras

5. La instalación inicial o adición a trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles. El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán 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.

6. El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca.

7. Para los reclamos dentales que presenten más de 10 obturaciones se requiere la RX panorámica para validación del tratamiento.

8. Limitaciones Plan Dental:

No se pagará ningún beneficio por los siguientes Cargos por Gastos Dentales:

- 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 esta legalmente obligado a pagar. "Gobierno" se refiere a cualquier nación, comunidad estatal, gobierno territorial o Provincial, o cualquier subdivisión política.
- Cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión gremio, sindicato y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar o por servicios de un dentista o clínica contratado para o por cualquier organización de esa índole.
- 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, declarada o no.
- Cargos por servicios dentales con fines cosméticos.
- Cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Individuo Asegurado bajo esta póliza.
- Cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.
- Cargos por ajustes de dentaduras o puentes que fueron realizados antes de la fecha efectiva de la cobertura del individuo asegurado.
- Cargos por reemplazo de prótesis pérdidas o robadas o por una prótesis duplicada.
- Cargos por higiene oral, dietética o programas e instrucciones de control de placas.
- Cargos por protectores bucales atléticos.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES ESPECIALES PLAN ESPECIAL

- Cargos por coronas enchapadas de porcelana o pónicas sobre o para reemplazar un diente o dientes, posterior o la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico o pónicas.
- 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.
- Cargos cobrados por el dentista en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
- Cargos por implantología.
- Cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administradas por un dentista o doctor como resultado del tratamiento dental.
- 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.
- Cargos por tratamiento iniciados mientras el Individuo Asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.

Tegucigalpa, M.D.C. ___ de ___ del ____

Firma Autorizada