

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

Vigencia Hasta:

Fecha de Emisión:

al mediodía

al mediodía

Dirección:

GASTOS MÉDICOS MAYORES

APLICABLE AL ASEGURADO TITULAR Y

A SUS FAMILIARES DEPENDIENTES

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

A. COBERTURA

Sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, todo empleado inscrito en el Seguro Colectivo de Vida y sus dependientes, si se hubiese contratado la cobertura para ellos, en la fecha convenida por el Contratante en la solicitud del Seguro, tendrá derecho al Beneficio de Gastos Médicos Mayores mediante el cual, si a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza requiere asistencia médica, la Compañía después de aplicar el deducible y coaseguro correspondientes, le reembolsará los gastos médicos elegibles, **necesarios, razonables y acostumbrados** incurridos para la recuperación de la salud, sin exceder del Máximo Vitalicio indicado en la Tabla de Beneficios (ya sea que haya habido o no interrupción en la continuidad del Seguro bajo esta Póliza).

Cualquier asegurado a quien se le hayan reembolsado o acumulado Beneficios de Gastos Médicos Mayores por lo menos por el 75% del Máximo Vitalicio, puede restituirlo, suministrando por cuenta propia evidencia de asegurabilidad satisfactoria para la Compañía.

B. LIMITES DE EDAD

La edad máxima de ingreso para los asegurados titulares y cónyuges así como la edad de renovación, serán las indicadas en la Tabla de Beneficios.

La edad mínima de cobertura para los hijos dependientes es a partir del onceavo (11) día de nacido y la edad máxima de cobertura para los hijos dependientes es hasta el día del cumplimiento de los diecinueve (19) años de edad, siendo condición indispensable que sean solteros; extendiéndose la cobertura hasta el día del cumplimiento de los veinticinco (25) años de edad a los hijos solteros sin hijos, que se encuentren estudiando a tiempo completo y que dependan económicamente de los padres para su sostenimiento.

C. TIPO DE COBERTURA

La cobertura para el asegurado titular es **ocupacional y no ocupacional**, durante las veinticuatro (24) horas del día. La cobertura para los dependientes es **no ocupacional**.

D. REDUCCIÓN DE BENEFICIOS

Al cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años de edad del asegurado, el monto Máximo Vitalicio se reducirá al porcentaje o la cantidad indicada en la Tabla de Beneficios, o al saldo que en esa fecha tenga disponible, lo que sea menor.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

E. PRIMAS

La prima es **anual** y se ha convenido la forma de pago indicada en la Tabla de Beneficios. La prima ha sido calculada de acuerdo a la conformación del grupo asegurado en la fecha de inicio de la vigencia de esta póliza, aplicando a cada asegurado la tarifa correspondiente.

La prima tendrá su vencimiento el mismo día que inicia la vigencia y deberá hacerse efectiva en esa misma fecha.

Este Seguro es **no contributivo** para el Empleado y **contributivo** para los Dependientes, por lo que el empleado no contribuye al pago de la prima de su cobertura, pero si contribuye para la cobertura de sus dependientes.

F. TARIFAS

Para el movimiento de personal elegible que se registre durante el año-póliza, los ajustes de primas se harán aplicando la tarifa correspondiente indicada en la Tabla de Beneficios.

Para que los movimientos de personal sean considerados en la facturación de cada mes, deben ser reportados y recibidos por la Compañía de Seguros dentro y hasta el día veinte (20) de cada mes.

La Compañía de Seguros tiene derecho a cambiar la tarifa en las siguientes fechas: a) en cualquier aniversario de la póliza, b) en cualquier fecha dentro de la vigencia, siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado en vigor por lo menos seis (6) meses; y c) que la Compañía notifique dicho cambio por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación.

G. RECLAMACIONES

De conformidad con el Artículo 1146 del Código de Comercio de la República de Honduras y la Condición General Décima Sexta de la Póliza, el asegurado deberá presentar a la Compañía a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de que haya ocurrido el accidente o se originó la enfermedad, la documentación del caso sobre el que pueda establecerse una reclamación.

Exámenes: La Compañía tendrá el derecho y oportunidad por medio de su representante médico, de examinar a la persona del asegurado cuando y tantas veces como lo requiera razonablemente mientras esté pendiente una reclamación bajo la presente póliza.

Pago de Reclamación: En ampliación a la Cláusula Décima Octava de las Condiciones Generales de la Póliza, si la Compañía paga más de lo que estaba obligada a pagar, podrá recuperar dicha suma sobre pagos al asegurado, al hospital o cualquier otro proveedor, o reducir el pago de beneficios en futuros reclamos.

De los pagos que la Compañía efectúe a los Hospitales participantes, médicos o cualquier otro prestador de servicios, por coaseguros y gastos no elegibles incurridos por asegurados y/o dependientes asegurados; así como, por gastos de

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

empleados que no calificaban para la cobertura de este Seguro, asegurados que hicieron uso de él indebidamente, asegurados que ya no pertenecían al grupo asegurado o asegurados que fallecieron o agotaron su máximo vitalicio durante el curso de un tratamiento médico, el Contratante es responsable de reintegrar totalmente a la Compañía de Seguros el valor pagado; en el término de diez (10), días calendario, contados a partir de la fecha de recepción de la notificación.

Procedimientos Legales: Ninguna acción legal o en equidad será presentada bajo esta Póliza para recobrar antes de expirar el plazo de sesenta (60) días después que la prueba de reclamación ha sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la póliza, ni ninguna acción será presentada del todo, a menos que haya sido comenzada dentro de los dos años desde la expiración del tiempo dentro del cual la prueba de reclamación es solicitada por este medio.

H. ÚLTIMOS GASTOS PARA DEPENDIENTES

Al ocurrir el fallecimiento de un familiar dependiente inscrito y que reúna las condiciones de elegibilidad para gozar de la cobertura de Gastos Médicos Mayores, la Compañía al recibir las pruebas fehacientes del fallecimiento, reembolsará los gastos fúnebres al Contratante, al asegurado Titular o en su defecto a quien demuestre haber incurrido en ellos, hasta el monto de la suma asegurada que para esta cobertura se indica en la Tabla de Beneficios.

I. REQUISITOS PARA LA SUSCRIPCIÓN Y RENOVACIÓN

Debe estar inscrito en esta póliza el 100% de los Funcionarios y empleados elegibles y por lo menos el 50% de los dependientes, cuyas edades se encuentren dentro de los límites indicados en la Tabla de Beneficios.

J. OTRAS ESTIPULACIONES

1. El derecho a la cobertura lo obtienen después del número de días indicado en la Tabla de Beneficios, de haber ingresado a trabajar con el Contratante, siempre que en esa fecha se encuentren trabajando en forma activa. Si en la fecha que adquiriera el derecho a la cobertura, el empleado o funcionario no estuviera trabajando en forma activa por cualquier motivo, el Seguro de éste empezará a regir el día siguiente al de su regreso al trabajo activo y permanente.
2. Para presentar a la Compañía de Seguros, las Solicitudes Individuales de Ingreso al Seguro de los nuevos empleados elegibles, se establece el plazo de **treinta (30)** días contados a partir de la fecha que adquieran el derecho a la cobertura; en caso contrario, la efectividad del seguro será a partir de la fecha que sea aceptado por la Compañía de Seguros. Las solicitudes deben ser completadas y firmadas por el empleado y el Contratante.
3. No obstante, lo estipulado en la Cláusula **DECIMA SEXTA** de las Condiciones Generales de la Póliza, queda entendido y convenido que la fecha máxima para la presentación de reclamos por gastos médicos cubiertos por la póliza e incurridos durante el transcurso de un año calendario, será el día **31 de marzo del año inmediato siguiente**, siendo responsabilidad del **Contratante**, comunicar esta disposición a todos sus Empleados, Ejecutivos y Directivos asegurados bajo esta Póliza.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

4. Los carnés de Seguro Médico Hospitalario, para utilización en los hospitales de la Red en casos de emergencia y hospitalizaciones programadas, se emiten sin fecha de vencimiento, por lo que al causar baja cualquiera de los Funcionarios y Empleados permanentes amparados por esta póliza, el Contratante deberá solicitar la devolución del respectivo carné al momento del retiro y reportarlo inmediatamente a la Compañía de Seguros.
5. El Contratante es responsable de reintegrar totalmente a la Compañía en el termino de diez (10) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción de la notificación, el valor pagado a los Hospitales participantes, médicos o cualquier otro prestador de servicios, por coaseguros y gastos no elegibles incurridos por asegurados y/o dependientes asegurados; así como, por gastos de asegurados que no calificaban para la cobertura de este Seguro, asegurados que hicieron uso de él indebidamente, asegurados que ya no pertenecían al grupo asegurable o asegurados que fallecieron o agotaron su Máximo Vitalicio durante el curso de un tratamiento médico.
6. La omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante o el empleado con relación a su persona y la de sus familiares dependientes, para la apreciación del riesgo, siempre será disputable dentro del primer año de vigencia del seguro. Para los miembros de nuevo ingreso al plan el plazo para cumplir con esta condición se contará a partir de la fecha de vigencia del certificado individual.

K. DEPENDIENTES ELEGIBLES

Se entiende como dependientes elegibles de un empleado, únicamente el cónyuge e hijos, como se define en las Estipulaciones aplicables a los Familiares Dependientes.

L. GASTOS CUBIERTOS

La Compañía de Seguros reembolsará los Gastos Médicos, **necesarios, razonables y acostumbrados** incurridos por:

- 1.- Cuarto y alimentos, durante la reclusión en un hospital hasta el máximo diario establecido en la Tabla de Beneficios, excluyendo cama y alimentación de acompañante, uso de teléfono, fax, Internet, televisión u otros similares.
- 2.- Gastos especiales de hospital.
- 3.- Atención médica suministrada por un Médico legalmente autorizado en casos de:
 - a) Consultas médicas ambulatorias en sanatorio, hospital, consultorio o domicilio, reconociéndose el valor indicado en la Tabla de Beneficios y como máximo una consulta o visita médica por día.
 - b) Consultas médicas intrahospitalarias por tratamientos médicos que no requieran intervención quirúrgica, reconociéndose los valores indicados en la Tabla de Honorarios Médicos de la Red Hondureña de Servicios de Salud (REDHSA) y como máximo dos visitas por día. Para enfermedades graves debidamente calificadas por la Compañía de Seguros, podrá reconocerse hasta un máximo de tres visitas por día.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

- c) Procedimientos quirúrgicos, conforme la Tabla de Honorarios Médicos de la Red Hondureña de Servicios de Salud (REDHSA).
- d) Honorarios del Anestesiólogo, conforme la Tabla de Honorarios Médicos de la Red Hondureña de Servicios de Salud (REDHSA).

Estos gastos no serán elegibles si el servicio médico es brindado al asegurado por su cónyuge, hijo, hija, madre, padre, hermano, hermana, tía o tío.

4.- Servicio autorizado de ambulancia profesional terrestre, utilizado para el traslado del asegurado del lugar donde ocurre el accidente o se contrae la enfermedad al Hospital, siempre que exista cargo por cuarto y alimentos o uso de sala de emergencia debidamente justificado, reconociéndose hasta el valor indicado en la Tabla de Beneficios.

5.- Servicio privado de enfermeras tituladas durante una hospitalización, si por la gravedad de la enfermedad el médico tratante lo recomienda.

Este gasto no será elegible si el servicio es brindado al asegurado por su cónyuge, hijo, hija, madre, padre, hermano, hermana, tía o tío.

6.- Tratamientos prescritos por el médico tratante, que sean suministrados por un especialista en medicina física y rehabilitación o en un centro debidamente autorizado siempre que esté bajo la dirección y supervisión de un médico especialista en medicina física y rehabilitación.

7.- Tratamientos prescritos por el médico tratante, que sea suministrado por un profesional especialista en radioterapia.

8.- Gastos por sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, vendajes quirúrgicos, yeso, tablilla, braguero, muletas u otro equipo similar, oxígeno y costo del alquiler de equipo necesario para su aplicación, alquiler de sillas con ruedas o cama especial, prótesis, alquiler de pulmón artificial u otro equipo necesario para tratamiento de parálisis respiratoria.

9.- Drogas o medicinas estrictamente recetadas por un médico y que sean adquiridas en establecimientos debidamente autorizados para su expendio (no incluye vitaminas y/o estimulantes del apetito).

10.- Cirugía Plástica para tratamiento de lesiones sufridas en un accidente cubierto ocurrido mientras la persona esté asegurada y que la misma sea realizada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a dicho accidente y para tratamiento de irregularidades congénitas en un niño que nazca mientras el padre o madre estén asegurados con seguro para dependientes.

11.- Análisis de laboratorio, rayos X, electroencefalograma, electrocardiograma, TAC u otros que fuesen necesarios para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto, debiendo adjuntar los resultados.

12.- Tratamientos de Psiquiatría por enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales como consecuencia de enfermedad o accidente cubierto, brindados por psiquiatras profesionales e incurridos mientras el asegurado se

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

encuentre hospitalizado y por aplicación de terapia para tratamiento de convulsiones ya sea que se encuentre hospitalizado o no.

Como paciente externo, únicamente se reconocerá el número de visitas a un Psiquiatra profesional y hasta el monto máximo indicados en la Tabla de Beneficios.

13.- Tratamientos por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), y todas las enfermedades y/o padecimientos relacionados con el virus de inmunodeficiencia humana, los gastos elegibles se reembolsarán hasta el porcentaje del Máximo Vitalicio, indicado en la Tabla de Beneficios.

14.- Tratamientos para Enfermedades Preexistentes:

Para los empleados actuales y sus dependientes; y los que ingresen posteriormente, los tratamientos por **condiciones preexistentes declaradas**, serán elegibles hasta por la cantidad indicada en la Tabla de Beneficios.

Las limitaciones relativas al monto de los reembolsos, serán aplicables durante el número de meses iniciales de vigencia de la cobertura del asegurado, indicado en la Tabla de Beneficios.

Para que una condición preexistente sea cubierta, se requiere:

- a) Haber sido comunicada a la Compañía de Seguros en la solicitud de ingreso o en la prueba de asegurabilidad; y
- b) No haber sido excluida de la cobertura mediante un Endoso a esta Póliza.

Se entiende por enfermedad preexistente toda enfermedad, lesión, condición o síntoma que se hubieren manifestado dentro de los cinco (5) años anteriores a la fecha de efectividad de la cobertura, que fueron diagnosticadas por un médico, aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos no pueden pasar desapercibidas por la persona asegurada y la inducirían a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

15.- Control de niño sano y vacunas del cuadro básico, incluyendo Meningitis y Hepatitis "A" y "B", hasta el cumplimiento de la edad indicada en la Tabla de Beneficios.

16.- Atenciones suministradas a un hijo dependiente entre el momento de nacer y el décimo (10) día de nacido, hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios, si el padre o la madre participan con la cobertura para dependientes y únicamente por lo siguiente:

- Por enfermedad contraída dentro del hospital,
- Por condiciones congénitas anormales, y
- Por nacimiento prematuro.

17.- Procedimientos quirúrgicos, artroscópicos, laparoscópicos y la Litotripsia, únicamente que se solicite previamente la autorización por escrito a la Compañía de Seguros, por lo menos con setenta y dos (72) horas hábiles de anticipación.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

18.- Control Ginecológico como indicado en la Tabla de Beneficios.

19.- Cualquier otro tratamiento médico debidamente comprobado y necesario para la recuperación de las condiciones normales de salud, previa autorización de la Compañía, solicitado con setenta y dos (72) horas hábiles de anticipación.

20. **MATERNIDAD COMO CUALQUIER OTRA INCAPACIDAD.** Si a consecuencia de embarazo la asegurada, bien sea empleada o cónyuge, incurre en gastos por parto, aborto no electivo o cualquier complicación que resulte de dicho embarazo (extrauterino, fiebre puerperal, eclampsia y toxicosis gravídica), la Compañía pagará tales gastos como si se tratase de una enfermedad o lesión accidental cubierta.

Estos gastos serán elegibles siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de la póliza y después del período de espera y condiciones indicadas en la Tabla de Beneficios.

GASTOS CUBIERTOS – BENEFICIO DE MATERNIDAD

- 1.- Cuentas por honorarios médicos, laboratorios, Rayos X, Ultrasonidos con un máximo de cuatro (4) por embarazo y cualquier otro gasto efectuado por prescripción médica, durante la gestación, finalización del embarazo y puerperio.
- 2.- Cuentas por honorarios del médico que practicó el procedimiento de obstetricia.
- 3.- Cuenta del anesthesiólogo.
- 4.- Cuenta de gastos del hospital por atención médica y demás servicios prestados a la asegurada.
- 5.- Hasta la cantidad indicada en la Tabla de Beneficios por servicios y atenciones al recién nacido en sala cuna incluyendo los honorarios del Pediatra.

Requisitos para gozar del beneficio de maternidad:

- 1.- Estar inscrita en la póliza como asegurada bajo la categoría de empleada o cónyuge dependiente.
- 2.- En el caso de nuevas aseguradas (empleadas o cónyuges), que el embarazo haya iniciado una vez que haya transcurrido el período de espera fijado para tener derecho a este beneficio.

Todos los gastos elegibles incurridos y reembolsados por el Beneficio de Maternidad, disminuirán el Máximo Vitalicio Individual del Beneficio de Gastos Médicos Mayores de la asegurada (empleada o cónyuge).

RED DE PROVEEDORES

Pre certificación.- Para la admisión hospitalaria programada o electiva, será necesario gestionar a través del área de Recursos Humanos, la **Pre certificación**, que deberá presentar al Proveedor junto con el carné del Seguro Médico para recibir los servicios médicos autorizados.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

Si **NO** se tramita la **Pre certificación**, la asegurada deberá pagar directamente al Proveedor todos los gastos en que incurra y presentar posteriormente el reclamo; y la Compañía de Seguros después de aplicar deducibles, coaseguros y demás gastos no elegibles procederá a rembolsar el porcentaje que se indica en la Tabla de Beneficios para Reembolsos fuera de la Red, de los gastos médicos elegibles necesarios y acostumbrados.

Asimismo, si la asegurada se quedara hospitalizada por más días de los necesarios y consignados en la **Pre certificación**, la Compañía de Seguros no reconocerá los cargos incurridos durante esos días adicionales.

M. GASTOS NO CUBIERTOS

La Compañía de Seguros no hará pago alguno por los siguientes servicios o atenciones médicas:

1. Aquellos no mencionados en los Gastos Médicos Cubiertos.
2. Reconocimientos médicos o exámenes por razón de chequeo general o tratamientos que no sean relacionados con una enfermedad o accidente cubierto.
3. Refracciones de la vista, habilitación de lentes o de audífonos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radial y tratamientos similares para corregir la visión y/o audición.
- 4.- Tratamientos dentales y periodontales excepto los llevados a cabo por un Dentista o Cirujano Dental, legalmente autorizado para ejercer dicha profesión, **presentando las RX pre y post tratamiento y únicamente por lo siguiente:**
 - a) Como producto de un accidente cubierto ocurrido mientras el asegurado esté amparado por esta Póliza y llevado a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes de dicho accidente, incluyendo la colocación en su lugar de la mandíbula fracturada y el reemplazo por medio de prótesis de dientes, si éstos eran naturales, aplicando para su reembolso costos razonables y acostumbrados. En los casos de accidente será necesario que el asegurado reporte el accidente a la Compañía de Seguros dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas de su ocurrencia y deberá ser evaluado por los médicos odontólogos nombrados por la Compañía; y
 - b) Extracción de **terceras molares impactadas**, previa autorización de la Compañía de Seguros, con la presentación de las RX pre tratamiento y para el reembolso deberá presentar las RX post tratamiento. Para el reembolso se aplicarán costos razonables y acostumbrados.
5. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos de enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales, excepto lo que estipula el numeral 12 de los gastos cubiertos.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

6. Tratamiento, asesoramiento y consecuencias de alcoholismo, ingestión de bebidas alcohólicas o adicción a drogas.
7. Servicios médicos suministrados:
 - a) En un Hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno o por el I.H.S.S. y,
 - b) Por cualquier otro servicio de asistencia médica por los que el asegurado no tiene que pagar.
8. Lesiones o enfermedades causadas por actos de guerra, sea ésta declarada o no, insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política y riñas en general, sea con participación voluntaria o no.
9. Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
10. Cirugía plástica, excepto cuando sea necesaria para tratamiento de lesiones sufridas en un accidente cubierto, conforme al numeral 10 de Gastos Cubiertos.
11. Tratamiento de problemas de la mandíbula incluyendo el Síndrome Temporo mandibular, cráneo mandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos adyacentes en esa coyuntura.
12. Tratamientos o servicio médico y quirúrgico por infertilidad, esterilidad en ambos sexos, fecundación in-vitro, inseminación artificial y cualquier otro procedimiento de índole semejante; esterilización o reversión de una esterilización realizada previamente, disfunción o insuficiencia sexual.
13. Atenciones suministradas a un hijo dependiente entre el momento de nacer y el décimo día de nacido, excepto por lo mencionado en el numeral 16 de los Gastos Cubiertos.
14. Lesiones causadas a sí mismo, sea que el asegurado esté o no en uso de sus facultades mentales.
15. Procedimientos quirúrgicos, Médicos, Ortopédicos o de cualquier índole, así como medicamentos cuya finalidad sea estética, de embellecimiento, rejuvenecimiento, crecimiento, control de peso, obesidad, calvicie o de uso cosmético en general (Acné de cualquier tipo, Hormonas de crecimiento.)
16. Tratamientos y servicios medico quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica, procedimientos nuevos considerados experimentales, investigativos, así como medicina deportiva, musicoterapia, medicina natural, homeopática y alternativa.
17. Tratamientos médico-quirúrgicos de nariz y/o senos para-nasales realizados en el primer año de la cobertura individual, excepto a consecuencia de accidente cubierto.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

18. Pruebas de diagnóstico, tratamiento y medicamentos por retardo de aprendizaje o del crecimiento, incluyendo las terapias.
19. Gastos relacionados con disfunciones hormonales, Menopausia y/o Climaterio.
20. Cuidados o tratamientos de defectos congénitos, excepto lo que estipula el numeral 16 sobre la atención del recién nacido de los Gastos Cubiertos.
21. Tratamientos de enfermedades preexistentes, salvo lo indicado en el numeral 14 de los Gastos Cubiertos.
22. Tratamientos recibidos antes de la fecha de inicio de la cobertura del asegurado o después de la terminación de la cobertura individual, aún cuando sean resultado de accidentes o enfermedades ocurridas mientras la cobertura se encontraba en vigor.

Firmado en Tegucigalpa, M. D. C., República de Honduras, C. A., en la fecha de emisión.

Firma Autorizada

Directora General de Seguros

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Fecha de Emisión:

Dirección:

M. TABLA DE BENEFICIOS

GASTOS MEDICOS MAYORES	TABLA DE BENEFICIOS			
	Cobertura Mundial		Cobertura Centroamericana	
	CATEGORÍA I Funcionarios		CATEGORÍA II Resto del Personal	
BENEFICIOS				
Máximo Vitalicio (M. V.), Beneficio máximo por persona	Lps.	XX	Lps.	XX
Reducción al cumplimiento de los 65 años de edad a este porcentaje o al saldo existente, el que sea menor		No aplica		No aplica
Sida , este porcentaje sobre el máximo vitalicio original		20%		20%
Deducible:				
Dentro de Centro América (1o.Enero/31 Diciembre), máximo 3 miembros por familia.	Lps.	XX	Lps.	XX
Traslado de Deducible aplicado por gastos incurridos en los tres (3) últimos meses del año (octubre, noviembre y diciembre)		Si aplica		Si aplica
Deducible Fuera de Centro América, por asegurado y por incapacidad cada 180 días.	US\$	XX		No aplica
Cuarto y Alimentos diario:				
Dentro de Centro América	Lps.	XX	Lps.	XX
Fuera de Centro América	US\$	XX		No aplica
Reembolsos:				
Dentro de Centro América				
Atenciones dentro de la Red		80%		80%
Atención fuera de la Red		65%		65%
Fuera de Centro América:				
Atención dentro de la Red		75%		No aplica
Atención en hospital fuera de la Red		50%		No aplica
Consultas Médicas ambulatorias:				
Médico general	Lps.	XX	Lps.	XX
Médico Especialista	Lps.	XX	Lps.	XX

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

BENEFICIOS	COBERTURA MUNDIAL		COBERTURA CENTROAMERICANA	
		CATEGORIA I Funcionarios		CATEGORIA II Resto del Personal
Médico Especialista en cardiología y neurología	Lps.	XX	Lps	XX
Médico Especialista en Psiquiatría (Máximo 20 por año a L.300.00 c/u)	Lps.	XX	Lps	XXX
Consulta intra hospitalaria (máximo 2 por día)		s/REDHSA		s/REDHSA
Ambulancia Terrestre	Lps.	XX	Lps	XX
Control de Niño Sano , hasta el cumplimiento de los		7 años de edad		7 años de edad
Maternidad como Cualquier Otra Incapacidad:		Amparada		Amparada
Período de espera para que inicie el embarazo, contado desde el inicio de la vigencia de la cobertura de la asegurada titular o cónyuge de empleado asegurado.		0 días		0 días
Maternidad fuera de Centro América, beneficio máximo	US\$	XX		No aplica
* Servicios brindados al recién nacido en sala cuna y honorarios del pediatra , beneficio máximo	Lps.	XX	Lps	XX
* Servicios brindados al recién nacido por condiciones indicadas en el numeral 16 de Gastos Cubiertos. Beneficio Máximo	Lps.	XXX	Lps	XXX
Control Ginecológico (cada seis (6) meses)		Máximo 2 por año		Máximo 2 por año
Examen de próstata para empleados asegurados, mayores de 40 años		1 al año		1 al año
PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS. Conforme el numeral 14 de los Gastos Cubiertos.				
Período de restricción		12 meses		12 meses
Reembolso máximo	Lps.	XX	Lps	XX
Últimos Gastos para Dependientes inscritos (máximo 3 por familia).	Lps.	XXX	Lps	XX
LIMITES DE EDAD				
Para Ingresar		de 18 a 64 años de edad		de 18 a 64 años de edad
Para Terminar, al cumplimiento de		99 años de edad		99 años de edad
Derecho a la cobertura de Gastos Médicos		Inmediata		Inmediata
		COBERTURA MUNDIAL		COBERTURA CENTROAMERICANA

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

BENEFICIOS	CATEGORIA I Funcionarios		CATEGORIA II Resto del Personal	
GASTOS DENTALES				
Máximo anual	Lps.	XX	Lps.	XX
Deducible por año calendario (1o.de enero/31 de diciembre)	Lps.	XX	Lps.	XX
Período de espera Fase I y II		0 días		0 días
Período de espera Fase III		24 meses		24 meses
Porcentaje de Reembolso		80%		80%
TARIFAS MENSUALES				
Empleado solo - No contributivo	Lps.		Lps.	
Dependientes	Lps.		Lps.	
Grupo Familiar	Lps.		Lps.	

Centro América: Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y Honduras

Firmado en Tegucigalpa, M. D. C., República de Honduras, C. A., en la fecha de emisión.

Firma Autorizada

Directora General de Seguros

N. PLAN DENTAL

EMPLEADOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES:

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

Son elegibles para participar del Plan Dental, el 100% de los asegurados inscritos (Clase I y Clase II) y todos los dependientes inscritos en el Seguro Médico Hospitalario.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL DE GASTOS DENTALES:

Es la cantidad total de los beneficios pagaderos por cualquier asegurado debido a gastos dentales incurridos, durante cada año la vigencia de la póliza, indicada en la tabla de beneficios.

DEDUCIBLE:

Es la cantidad indicada en la Tabla de Beneficios y será aplicado por cada asegurado, una vez por año calendario (1ero. De enero al 31 de diciembre).

BENEFICIOS:

Los gastos dentales elegibles, serán aquellos gastos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos con respecto al tratamiento dental, por cualquiera de los servicios, suministros o tratamientos siguientes:

TIPO I. TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

1. Exámenes orales rutinarios incluyendo diagnóstico, máximo de dos veces por año calendario,
2. Profilaxis, incluyendo raspado y pulido de dientes, pero solamente dos veces por asegurado durante el año calendario,
3. Aplicación de Flúor para los hijos inscritos como dependientes, hasta la edad de 14 años, máximo dos veces por año calendario.
4. Rayos X, incluyendo rayos X de toda la dentadura, pero no más de una serie de rayos X en un período de tres (3) años, de acuerdo al costo razonable en el mercado,
5. Panorámicas (RX de todos los dientes) máximo dos por año calendario,
6. Pruebas de Laboratorio y otros exámenes de diagnóstico,
7. Medicinas: Se refiere estrictamente a medicamentos analgésicos, antibióticos, anti inflamatorios y coagulantes con recetas médicas y adquiridas en establecimientos autorizados para su expendio.

TIPO II. TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS MENORES

1. Mantenedores de espacio (se refiere exclusivamente al aparato).
2. Tratamientos paliativos de emergencia.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

3. Endodoncias,
4. Extracciones simples,
5. Extracciones quirúrgicas,
6. Alveolectomía,
7. Anestesia,
8. Restauración en dientes naturales (relleno de amalgama o procesos sintéticos), excluyendo lo siguiente:
 - a) Corona o calza posterior o anterior, y
 - b) Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición/reparación de dentadura o unidades de puente fijo.
9. Periodontología: el monto total de este beneficio, no excederá en ningún caso el límite anual indicado en la tabla de beneficios de gastos dentales.

TIPO III. TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS MAYORES

- Incrustaciones,
 - Coronas, calzas,
 - Reparación de dentadura y puente,
 - Prótesis - puentes y dentaduras
1. La instalación inicial o adición a trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo, serán elegibles siempre que:
 - a) Dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha de la efectividad del seguro de la persona asegurada bajo esta póliza.
 - b) La instalación o adición arriba mencionada incluya la reposición de dicho diente extraído (excepto implantes), y
 - c) El trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de la vigencia de la póliza, excepto en casos de accidente que debe ser llevado a cabo dentro de los 90 días siguientes a dicho accidente, y el seguro de la persona haya estado en vigor por lo menos dos (2) años.

Esa instalación será considerada como inicial, sólo si dicha dentadura o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existentes.
 2. El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán pagaderos si la reposición o alteración es necesaria por la ocurrencia de un evento cubierto en o después de la fecha efectiva del seguro de la persona asegurada bajo esta póliza y si es completado dentro de los ciento veinte (120) días después de:
 - Una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
 - Cirugía oral para aditamentos musculares o la extracción de un tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejidos redundantes.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

3. El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
 - a) El reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
 - b) El seguro de la persona haya estado en vigor por lo menos dos (2) años.

GASTOS NO CUBIERTOS

La Compañía de Seguros no hará pago alguno por los siguientes servicios o atenciones:

1. Cualquier gasto dental no mencionado en los beneficios.
2. Servicios suministros que son o pueden ser obtenidos sin costo en un hospital que pertenezca o sea manejado por el estado o por el IHSS, por los que el asegurado no tiene que pagar.
3. Servicios recibidos del departamento dental o médico del 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.
4. Servicios que fueron necesarios como resultado de cualquier acto atribuible al asegurado, riñas, por cometer o tratar de cometer un asalto, agresión, felonía o como resultado de un acto de o en el curso de una guerra, declarada o no, insurrección, rebelión o participación en una revuelta.
5. Servicios dentales con fines cosméticos.
6. Por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del asegurado bajo esta póliza, a menos que el reemplazo reúna las condiciones establecidas en los beneficios de esta póliza.
7. Ajuste a dentaduras o puentes dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.
8. Por reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
9. Programas e instrucciones de higiene oral, dietéticos o de control de placas.
10. Lesión o enfermedad originada por cualquier empleo o en el curso de este o por cualquier trabajo con fines de remuneración o ganancia.
11. Protectores bucales o atléticos.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

12. Por dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el gasto por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
13. Cobros efectuados por el dentista por concepto de visita a la cual el paciente no acudió.
14. Tratamientos relacionados con implantología.
15. Por procedimientos, servicios o suministros que no llenan requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.
16. Tratamientos recibidos antes de la fecha de inicio de la cobertura del asegurado o después de la terminación de la cobertura individual, aún cuando sean resultado de accidentes o enfermedades ocurridos mientras la cobertura se encontraba en vigor.
17. Cualquier tratamiento relacionado con la ortodoncia y ortopedia dental.

Firmado en Tegucigalpa, M. D. C., República de Honduras, C. A., en la fecha de emisión.

Firma Autorizada

Directora General de Seguros

O.- ESTIPULACIONES APLICABLES AL EMPLEADO

EMPLEADOS CON DERECHO A SEGURO

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

Serán todos los activos y de carácter permanente que trabajen a tiempo completo, por lo menos treinta (30) horas a la semana, que aparezcan en las planillas y nóminas del Contratante y los empleados en condición de jubilados; se excluyen los empleados temporales.

Cada empleado actual tiene derecho al seguro en la fecha de inicio de la vigencia de esta póliza, presentando la solicitud de ingreso debidamente completada y firmada.

Cada empleado nuevo tiene derecho al seguro después del número de días indicado en la Tabla de Beneficios, de haber ingresado a trabajar con el Contratante.

Para los empleados que en la fecha con derecho a seguro no estén dedicados a trabajo activo por incapacidad, ausencia con permiso u otra razón, será la fecha de su reintegro al trabajo.

Si el Plan es No Contributivo, todo empleado será asegurado en la fecha con derecho a seguro.

Si el Plan es Contributivo todo empleado que no ingrese en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza, podrá hacerlo posteriormente con la condición de presentar pruebas de asegurabilidad a su costa y satisfactorias para la Compañía de Seguros.

Si el Plan es Contributivo, serán asegurados en cualquiera de las siguientes fechas:

- a) En la fecha con derecho a seguro, si presenta la solicitud en o antes de dicha fecha.
- b) En la fecha en que presente la solicitud **si lo hace dentro** de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que obtuvo el derecho a seguro; y
- c) En la fecha que establezca la Compañía de Seguros, **si después** de los treinta (30) días contados desde la fecha en que obtuvo el derecho al seguro, presenta la solicitud con las pruebas de asegurabilidad que es obligatorio presentar en este caso, a su costa y satisfactorias para la Compañía de Seguros.

Cualquier empleado que desee rehabilitar su seguro, o que vuelva a ser empleado por el mismo patrono después de haber terminado su empleo sin haber presentado las evidencias de salud solicitadas, siempre deberá presentarlas a su costa y satisfactorias para la Compañía de Seguros.

TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El Seguro de cualquier empleado asegurado, quedará automáticamente terminado en la primera de las siguientes fechas:

- a) La fecha en que el empleado termine su empleo con el Contratante.
- b) La fecha en que el empleado deje de ser miembro de la categoría o categorías que le den derecho a seguro.
- c) La fecha en que el Contratante deje de efectuar el pago a la Compañía de Seguros de las primas a su favor.
- d) La fecha en que se agote el Máximo Vitalicio.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

- e) La fecha en que el asegurado cumpla la edad de terminación indicada en la tabla de beneficios.
- f) La fecha de terminación de su cobertura en la póliza de Seguro Colectivo de Vida.
- g) La fecha de terminación de esta Póliza; y
- h) La fecha en que la Compañía de Seguros detecte y notifique cualquier omisión o falsedad en la Solicitud, en el proceso de admisión o en cualquier tiempo por parte del asegurado titular, dependiente y/o representante legal, independientemente que el acto sea doloso o no.

No obstante lo anterior, en caso que la Compañía de Seguros llegare a comprobar que para la presentación de una reclamación sea del Titular o de los Dependientes, se utilizaron informes médicos, facturas, cuentas, recetas o certificaciones fraudulentas, la Compañía de Seguros quedará liberada de toda obligación y el asegurado perderá todo derecho de indemnización, reservándose la Compañía de Seguros el derecho de cancelar el seguro o la cobertura del empleado y de sus dependientes.

P.- ESTIPULACIONES APLICABLES A LOS FAMILIARES DEPENDIENTES

DEFINICIONES:

La frase **Familiar Dependiente** conforme se usa en esta Póliza, define únicamente al cónyuge legítimo de un empleado asegurado (que no esté divorciado o separado legalmente) o compañero de hogar con quien haga vida marital formal, que su edad esté dentro de los límites indicados en la tabla de beneficios y que resida en el territorio de la república de Honduras; y al hijo o hijos solteros sin hijos (incluidos hijastros o hijos adoptados legalmente), que vivan con el asegurado, dentro del territorio de la república de Honduras cuyas edades no sean mayores de diecinueve (19), ni se encuentren asegurados para recibir los beneficios de esta u otra Póliza en calidad de empleados. Se extiende la cobertura hasta el cumplimiento de los veinticinco (25) años de edad para los hijos solteros sin hijos, que se encuentren estudiando a tiempo completo, que convivan con el asegurado y que dependan totalmente de él para su sostenimiento.

Si una persona definida como Dependiente es también elegible como empleado, no podrá participar en esta Póliza bajo las dos figuras; excepto en el caso cuando dos empleados laborando activamente en DAVIVIENDA, contraen matrimonio, uno de ellos podrá rescindir su seguro medico como empleado y quedar asegurado bajo las condiciones que aplican para su cónyuge en calidad de familiar dependiente al igual que sus **hijos elegibles**. En el caso de empleados cuya cobertura se inició antes del 1º de enero de 2013, podrán aplicar para realizar el cambio, manteniendo sus condiciones de cobertura anteriores al igual que manteniendo el máximo vitalicio consumido, mediante solicitud escrita presentada y autorizada por el Contratante.

Para los empleados activos que en el transcurso del año póliza cumplan la condición de esta excepción, podrán presentar a la Compañía de Seguros por medio del Contratante, las Solicitudes para Conversión de Titular a Dependiente dentro del plazo de **treinta (30)** días contados a partir de la fecha que adquieran la categoría de Empleado con Dependiente (fecha de matrimonio o fecha de la formalización de una unión libre).

Para que los cambios de categoría de Titular a Dependiente sean considerados en la facturación de cada mes, deben ser reportados y recibidos por la Compañía de Seguros dentro y hasta el día veinte (20) de cada mes.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

La frase **Seguro del Familiar Dependiente**, define los beneficios que esta Póliza proporciona a los familiares dependientes del empleado asegurado.

DERECHO A SEGURO

Cada empleado asegurado tendrá derecho al Seguro para sus familiares dependientes como sigue:

Como el Plan es Contributivo para familiares dependientes:

- a) La fecha de inicio de la vigencia de esta póliza, si los incluye,
- b) Si no los incluyó en la fecha de inicio, lo podrá hacer posteriormente con la condición de presentar pruebas de asegurabilidad para familiares dependientes, a su costa y satisfactorias para la Compañía.
- c) Para los empleados de nuevo ingreso, en la fecha de inicio de su cobertura si el empleado tiene uno o mas dependientes y los incluye; y
- d) Si en la fecha de inicio de la vigencia de su cobertura el empleado no tiene dependientes y posteriormente adquiere uno o más, el derecho para éstos se obtendrá en:
 - d.1) La fecha en que los adquiera, si entonces presenta la solicitud a la Compañía.
 - d.2) La fecha en que presente la solicitud si lo hace **dentro** de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha que los adquirió;
ó
 - d.3) La fecha que establezca la Compañía de Seguros si presenta la solicitud **después** de los treinta y un (31) días contados desde la fecha en que los adquirió y en este caso es obligatorio presentar pruebas de asegurabilidad a su costa y satisfactorias para la Compañía de Seguros.

TERMINACIÓN DEL SEGURO

El Seguro de cualquier empleado en lo que respecta a sus familiares dependientes, quedará automáticamente terminado en cualquiera de las siguientes fechas:

- a) La fecha en que el empleado termine su empleo con el Contratante.
- b) La fecha en que el empleado deje de ser miembro de la categoría o categorías que le den derecho a seguro.
- c) La fecha en que el Contratante deje de efectuar el pago a la Compañía de las primas a su favor.
- d) La fecha en que se agote el Máximo Vitalicio.
- e) La fecha en que cualquier Familiar Dependiente deje de reunir las condiciones definidas en este Contrato.
- f) La fecha en que la Compañía ponga fin al Seguro de todos los Familiares Dependientes bajo este Contrato.
- g) La fecha de terminación de esta Póliza.
- h) La fecha en que la Compañía detecte y notifique cualquier omisión o falsedad en la Solicitud, en el proceso de admisión o en cualquier tiempo por parte del asegurado titular, dependiente y/o representante legal, independientemente que el acto sea doloso o no.



**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

No obstante lo anterior, en caso que la Compañía llegare a comprobar que para la presentación de una reclamación sea del Titular o de los Dependientes, se utilizaron informes médicos, facturas, cuentas, recetas o certificaciones fraudulentas, la Compañía de Seguros quedará liberada de toda obligación y el asegurado perderá todo derecho de indemnización, reservándose la Compañía de Seguros el derecho de cancelar el seguro o la cobertura del empleado y de sus dependientes.

Firmado en Tegucigalpa, M. D. C., República de Honduras, C. A., en la fecha de emisión.

Firma Autorizada

Directora General de Seguros

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

Q. RED DE PROVEEDORES DENTRO DEL TERRITORIO HONDUREÑO

En casos de emergencias, ponemos a disposición de los asegurados nuestra Red de Hospitales. El asegurado con la presentación del carné que le será proveído por La Compañía más un documento legal de identificación, recibirá los servicios médico-hospitalarios que necesite.

Hospitalizaciones programadas y exámenes especiales para diagnóstico. En el caso de hospitalizaciones programadas y exámenes especiales para diagnóstico, el Asegurado deberá solicitar a La Compañía por lo menos con setenta y dos (72) horas hábiles de anticipación la **Pre Certificación**, que deberá presentar al Proveedor junto con el carné del Seguro Médico para recibir los servicios médicos autorizados.

Si el asegurado no solicita la **Pre Certificación**, en el plazo arriba indicado, deberá pagar directamente al Proveedor todos los gastos en que incurra y La Compañía, después de aplicar deducibles, coaseguros y demás gastos no elegibles procederá a reembolsar los gastos médicos elegibles conforme los términos de la póliza.

El Contratante, pagará a La Compañía en el término de diez (10) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción de la notificación, la participación correspondiente a su empleado asegurado en el gasto médico hospitalario incurrido dentro del territorio hondureño, en concepto de coaseguro y gastos no elegibles.

En documento adjunto se detalla nuestra RED DE PROVEEDORES NEGOCIADOS para la cobertura Nacional y centroamericana.

R. RED DE PROVEEDORES INTERNACIONAL

En casos de tratamientos médicos no suministrados en el territorio centroamericano que sean médicamente justificados, ponemos a disposición de los asegurados nuestra Red de Hospitales en los Estados Unidos de América a través de nuestro administrador de reclamos.

Para el acceso a esta Red, el asegurado deberá presentar a La Compañía por lo menos con ocho (8) días hábiles de anticipación, una solicitud de Autorización acompañando la documentación médica que la sustente. La Compañía al aceptar la solicitud procederá a la coordinación de los servicios.

El Asegurado deberá pagar directamente en el Hospital, el deducible estipulado, el 25% de coaseguro y el 100% de los gastos no elegibles que le hayan sido facturados al finalizar el servicio médico.

Queda entendido que si existiere algún otro cargo no reportado oportunamente por los proveedores al administrador de reclamos, el Contratante pagará a La Compañía en el término de diez (10) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción de la notificación, la participación correspondiente a su empleado asegurado en el gasto médico hospitalario incurrido.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

S.- DEFINICIONES GENERALES

Conforme se usa en las estipulaciones del **Beneficio de Gastos Médicos Mayores**:

ACCIDENTE: Se entiende toda lesión corporal traumática sufrida por el asegurado independiente de su voluntad o a la de un tercero, por la acción repentina, violenta de un agente externo y de cuya lesión exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo y que pueda ser determinada de una manera cierta, excepto en el caso de ahogamiento o de lesión interna revelada por la autopsia que no se requerirá tal evidencia.

AFECCIÓN CRÓNICA: Enfermedad habitual, permanente, recurrente o aquella que permanezca por más de seis (6) meses consecutivos.

AÑO CALENDARIO: Se refiere al período de tiempo comprendido entre el 1º. De enero y el 31 de diciembre de cualquier año, incluyendo ambas fechas.

ÁREA CENTROAMERICANA: Está integrada únicamente por los países de: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

ASEGURADO se refiere al empleado Titular o familiar dependiente asegurado para quienes las estipulaciones del Beneficio de Gastos Médicos son aplicables.

COASEGURO: Es la cantidad que resulta de restarle a los Gastos Médicos incurridos y presentados para su reembolso: a) Los gastos no elegibles, bien sea por estar expresamente excluidos o por exceder los límites definidos en la Tabla de Beneficios o la cantidad razonable y acostumbrada, b) El deducible; y c) El reembolso de acuerdo al porcentaje indicado en la Tabla de Beneficios.

LIMITE DE COASEGURO: Es la cantidad máxima de coaseguro que durante un año calendario absorbe un asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en la Tabla de Beneficios.

COBERTURA OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL: Es aquella que ampara al empleado tanto por enfermedades o lesiones accidentales en su trabajo como fuera de éste.

COBERTURA NO OCUPACIONAL: Es aquella que ampara al asegurado únicamente por enfermedades o lesiones accidentales que no sean originadas ni relacionadas con cualquier empleo.

DEDUCIBLE: Es la cantidad que se resta de los Gastos Médicos elegibles, como se indica en la Tabla de Beneficios, que sean incurridos por el asegurado, y éste se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones: a) Por año calendario, por cada asegurado y

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

como máximo deberán cubrirlo tres miembros del grupo familiar, cuando los gastos son incurridos dentro del área Centroamericana y b) Por evento o incapacidad y por cada asegurado, cuando los gastos son incurridos fuera del área centroamericana.

EMERGENCIA: Es toda alteración de la salud que requiere atención inmediata (accidentes, convulsiones, hemorragias, crisis súbitas de los sistemas circulatorio, respiratorio, gastrointestinal o urológico, deshidratación severa, pérdida del conocimiento, intoxicación severa no etílica, reacciones alérgicas en estado severo).

ENFERMEDAD: Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

GASTOS MEDICOS: Se refiere a los gastos razonables, acostumbrados y necesarios por cuidados y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios bajo esta Póliza, que son ordenados por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina y los cuales están descritos en los Gastos Cubiertos y No Cubiertos de esta Póliza.

HOSPITAL: Significa únicamente una institución organizada de acuerdo con la Ley y creada para brindar cuidado y tratamiento a personas enfermas o lesionadas en la que se brinda asistencia de médicos, paramédicos y enfermeras las 24 horas del día y tiene facilidades tanto para diagnóstico como para cirugía mayor. El término Hospital no se interpretará como que incluye a un hotel, o lo relativo a asilo de ancianos, inválidos u otros, casa de reposo para convalecientes, lugar para vigilancia, enfermería o un lugar dedicado principalmente al cuidado y tratamiento de adictos y/o alcohólicos.

HOSPITAL PARTICIPANTE O MEDICO PARTICIPANTE: Significa los centros o facultativos autorizados por la Compañía de Seguros para brindar los servicios médico hospitalarios, necesarios en casos de emergencias y hospitalizaciones electivas. La Compañía de Seguros proporcionará la relación de nombres y direcciones de los centros autorizados y las condiciones de utilización.

INCAPACIDAD: Significa una lesión corporal accidental o enfermedad que necesita tratamiento médico por el cual se incurra en gastos elegibles y reembolsables bajo la Póliza y que sean incurridos en un período de noventa (90) días, contados a partir de la fecha en que se incurrió en el primer gasto. Si los gastos por una misma incapacidad exceden los noventa (90) días estipulados, dichos gastos serán considerados como una incapacidad diferente.

MÁXIMO VITALICIO: Es la cantidad máxima de reembolso a la que tendrá derecho una persona durante su vida, mientras la póliza se mantenga en vigor.

MEDICO: Significa un Profesional en medicina y cirugía, con título académico extendido por una Universidad reconocida, establecido legalmente, autorizado para ejercer la medicina y calificado para rendir el tratamiento estipulado.

NECESARIO, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO (NRA): Quiere decir cargos por servicios y atenciones médicas recibidas por prescripción médica, para tratamiento de lesiones o enfermedades sin los cuales habría recuperación tardía o no habría completa recuperación, que comparadas con suministros o tratamientos iguales brindados a individuos del mismo sexo, edad e ingreso semejante, no excedan el promedio de cargos hechos por otros de carácter similar y cuyo procedimiento es realizado habitualmente en la localidad donde el cargo es incurrido.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

Si una Incapacidad se debe a las mismas o similares causas que las de una anterior (incluyendo complicaciones que resultaren de ellas), la incapacidad será considerada como una continuación de la anterior, excepto cuando tales períodos queden interrumpidos, por lo menos por treinta y un (31) días continuos por el regreso al trabajo para el empleado y ciento ochenta (180) días continuos de restablecimiento completo para el Dependiente.

OPERACIÓN QUIRÚRGICA: Significa únicamente lo siguiente: a) una operación con incisión, b) sutura de una herida, c) tratamiento de una fractura, d) sujeción de una dislocación, e) radioterapia (excluyendo isótopo de terapia radioactiva) si es usado en lugar de una operación incisiva para la remoción de un tumor, f) electrocauterización g) procedimientos endoscópicos para diagnóstico o terapia; y h) tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y venas varicosas.

PLAN: Se refiere a cualquier programa que proporcione beneficios o servicios por o para el cuidado o tratamiento médico, hospitalario y dental en forma de: a) Pólizas Individuales, b) Pólizas de Seguro Colectivo Comprensivo, c) Programas de Protección de Organizaciones Laborales, d) Cualquier otro convenio de beneficios para los miembros de un grupo, e) Cobertura proporcionada por programas gubernamentales y f) Cualquier cobertura requerida y otorgada por cualquier legislación.

RECLUSIÓN EN UN HOSPITAL: Significa estar registrado como paciente e incurrir en un gasto diario por cuarto y alimentos.

RED: Se refiere a un grupo de médicos y hospitales con los cuales se han pactado costos de bienes y servicios médicos bajo convenio, y cuya utilización opcional por parte del asegurado está sujeta al seguimiento de reglas específicas anotadas en las condiciones de la póliza.

REDHSA: Red Hondureña de Servicios de Salud.

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO: Se refiere solamente a una sección, sala o la del Hospital, la cual se distingue de otras dependencias del Hospital debido a: 1) Que opera únicamente al efecto de brindar alojamiento y cuidado profesional y tratamiento a pacientes críticamente enfermos, incluyendo observación constante y cuidado por una enfermera graduada registrada u otro personal hospitalario altamente entrenado, y 2) Que tiene servicios especiales, equipos y suministros necesarios para ese cuidado y tratamiento, accesible para su uso inmediato si fuese necesario.

La Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital no deberá incluir ninguna dependencia hospitalaria mantenida con el propósito de brindar tratamiento o servicio de recuperación normal postoperatorio.

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

DAVIVIENDA SEGUROS

ENDOSO 002-2016/2017

EXTENSIÓN DE LÍMITE GEOGRÁFICO

Queda entendido y convenido que atendiendo solicitud formulada por el Contratante, para los efectos de la cobertura de Gastos Médico-Hospitalarios, aplicarán las siguientes condiciones:

- a) La república de Panamá se considerará dentro del límite territorial de Centro América (Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Honduras y Panamá).
- b) Para los Funcionarios y empleados inscritos en la Póliza con cobertura limitada al territorio de Centro América y que por razones de capacitación y/o entrenamiento sean trasladados temporalmente a países fuera de dicho límite territorial, la Compañía de Seguros les incluirá dentro de la cobertura internacional, por el período previsto en el programa de capacitación y/o entrenamiento contado a partir de la fecha que los asegurados salgan de la república de Honduras; siendo necesario para su efectividad:
 1. Que el Contratante notifique por escrito a la Compañía de Seguros, el nombre del o los empleados y/o funcionarios designados.
 2. Que el Contratante notifique por escrito a la Compañía de Seguros, el país y el período de la capacitación y/o entrenamiento; y la fecha de salida del país.
 3. Que el Contratante notifique por escrito a la Compañía de Seguros, la fecha de retorno.
 4. Que el Contratante pague la prima correspondiente a la cobertura internacional del o los empleados y/o funcionarios designados.
- c) La Compañía de Seguros, al recibir la notificación del Contratante, procederá a:
 1. Emitir el Endoso de Extensión a Cobertura Internacional para los titulares.
 2. Facturar la prima mensual correspondiente a la cobertura internacional, la cual se mantendrá hasta recibir la notificación del Contratante sobre el reintegro del o los empleados y/o funcionarios designados a su trabajo local, para habilitar nuevamente la cobertura centroamericana.

Quedan sin modificación alguna, los demás términos y condiciones de la póliza.

Firmado en Tegucigalpa, M. D. C., República de Honduras, C. A., en la fecha de emisión.

Firma Autorizada

Directora General de Seguros

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS
CONDICIONES ESPECIALES**

Contratante:

N° Póliza:

N° Expediente:

Vigencia Desde:

al mediodía

Vigencia Hasta:

al mediodía

Dirección:

Fecha de Emisión:

ENDOSO 003 – 2016/2017

Queda entendido y convenido, que en consideración a que el Congreso Nacional de la República de Honduras en Decreto No.220-93 aprobó Ley del Régimen de Tratamiento Especial para Personas de la Tercera Edad y Jubilados y Pensionados por Invalidez; todos los asegurados de la Tercera Edad tienen derecho a la aplicación de los Descuentos referidos en los siguientes numerales del Capítulo II, relacionados con los Beneficios que otorga esta Póliza:

- 1) Descuento del veinte por ciento (20%) de la factura total por servicios de hospital y clínicas privadas.
- 2) Descuento del veinte por ciento (20%) por la compra de medicamentos en farmacias y droguerías o de material médico quirúrgico, cuando le hubieren sido prescritos al titular de este derecho por médico colegiado; este descuento será absorbido en un cincuenta por ciento (50%) por las droguerías y en un cincuenta por ciento (50%) por las farmacias.
- 3) Descuento del veinticinco por ciento (25%) de los honorarios que se causen por consultas médicas general y del treinta por ciento (30%) por honorarios causados por consulta médica especializada.
- 4) Descuento del treinta por ciento (30%) por cada intervención quirúrgica y por el uso de los servicios siguientes:
 - a) Servicios odontológicos;
 - b) Servicios de optometría;
 - c) Servicios de oftalmología, incluida la compra de aros y lentes;
 - d) Servicios Cardiológico, y;
 - e) Servicios de Laboratorio.
- 5) Descuento del treinta por ciento (30%) por el uso de servicios radiológicos y de todo tipo de exámenes y pruebas de medicina computarizada.
- 6) Descuento del treinta por ciento (30%) por la compra de todo tipo de prótesis.

Para la liquidación de los reclamos que presenten los asegurados beneficiarios de este Decreto, de los gastos elegibles se aceptarán las fotocopias de recetas, órdenes de Laboratorio y exámenes especiales y se reembolsarán sobre la base de los valores descontados.

Quedan sin modificación alguna, los demás términos y condiciones de la póliza.

Firmado en Tegucigalpa, M. D. C., República de Honduras, C. A., en la fecha de emisión.

Firma Autorizada

Directora General de Seguros