

SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO CONDICIONES PARTICULARES

Póliza: _____
Contratante: _____

Certificado:
Vigencia Desde: _____ a las 12 horas del mediodía
Hasta: _____ a las 12 horas del mediodía

Fecha: _____ **Referencia:** _____
Domicilio: _____

Asegurado: _____
Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Estado Civil:** _____
Ocupación: _____
Domicilio: _____

COBERTURA BÁSICA:

La Compañía reconocerá al Asegurado o a cualquiera de sus familiares dependientes elegibles, los gastos médicos en que incurran a consecuencia de enfermedades o accidentes amparados en la póliza y que adelante se mencionan con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la póliza y Anexos, si los hubiere, mientras se encuentre formando parte del Grupo Asegurado.

- a) Gastos por suministros de hospital:
 1. Gasto diario por cuarto y alimentos: la cantidad que le cobre el hospital, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, sin exceder de trescientos sesenta y cinco (365) días por cada período de incapacidad.
 2. Derecho al uso de sala de emergencias, sala de operaciones, cuidados intensivos y ambulancia.
 3. Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, suministrados dentro del hospital.
 4. Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.
 5. Gastos por consumo de oxígeno, terapia de inhalación, transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares.
 6. Gastos por alquiler de: silla de ruedas, cama especial de hospital, pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratorias.
- b) Gastos y honorarios por tratamiento médico suministrado por un médico autorizado legalmente para ejercer la medicina, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
- c) Gastos y honorarios por procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano autorizado legalmente, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
- d) Los gastos de anestesia y honorarios de anesthesiólogo autorizados legalmente para ejercer la profesión, sujetando dichos gastos al arancel vigente.

- e) Gastos y honorarios por atención suministrada por enfermeras(os), de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados.
- f))Gastos y honorarios por procedimientos suministrados por un radiólogo, indicado por un médico.
- g) Gastos y honorarios por tratamientos suministrados por un fisioterapeuta, remitido por un médico especialista en el ramo.
- h) Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente adquiridos fuera del hospital siempre que sean prescritos por un médico y suministrados por un farmacéutico autorizado para ello.
- i) Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía, electromiografía, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios de velocidad de neuro-conducción o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza, sin que los reconocimientos de estos gastos representen obligación para la Compañía en caso de diagnosticar una enfermedad excluida por la misma.
- j) Gastos por alquiler de oxígeno, terapia de inhalación, sueros u otras sustancias similares.
- k) Los gastos de recién nacido serán elegibles después de los diez (10) días de su nacimiento.
- l) Gastos por tratamientos de una enfermedad o cirugía de los dientes o tejidos adyacentes practicados por un dentista u otra persona profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de ciento ochenta (180) días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.
- m) Gastos por cirugía plástica reconstructiva practicado por un profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro, del ciento ochenta (180) días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.
- n) Gastos por trasplante de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.
- o) Beneficio de maternidad sujeto a las siguientes condiciones:
 - 1) Los reembolsos por los gastos de maternidad quedarán sujetos al arancel específico por esta cobertura.
 - 2) El beneficio de maternidad queda amparado siempre y cuando el embarazo se origine seis (6) meses posteriores al inicio de cobertura de la póliza. Dicho beneficio ampara únicamente a la asegurada principal y a la conyugue del asegurado.
 - 3) Queda entendido y convenido que los gastos por el recién nacido sano (sala cuna y control de pediatría) no serán cubiertos bajo el beneficio de maternidad, a excepción de lo mencionado en los gastos cubiertos.

Queda claramente establecido que las Condiciones Particulares de la presente póliza prevalecen sobre las Condiciones Generales.

En Fe de lo cual por Seguros Crefisa, S. A. se firma y sella en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C a los xx días del mes de xx del año xxx.

Firma Autorizada

Gerente General