

**SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO
CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL ASEGURADO**

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

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

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

Coberturas

Cobertura	Suma Asegurada	
Los gastos médicos en que incurran a consecuencia de enfermedades o accidentes amparados en la póliza	LPS	XXXXX
a. Gastos por suministros de hospital: 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.		

SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL ASEGURADO

<p>i. Gastos por alquiler de oxígeno, terapia de inhalación, sueros u otras sustancias similares.</p> <p>j. Los gastos de recién nacido serán elegibles después de los diez (10) días de su nacimiento.</p> <p>k. 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.</p> <p>l. Gastos por cirugía plástica reconstructiva practicado por un profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro, de los ciento ochenta (180) días siguientes al mismo.</p> <p>m. Gastos por trasplante de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.</p> <p>n. Beneficio de maternidad sujeto a las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. El reembolso 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.		
---	--	--

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 XXXXX del año 20XX.

Firma Autorizada

Gerente General