

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS PYME CONDICIONES ESPECIALES PLAN PYME PREMIUM

Que se agrega y forma parte de la póliza SMH-N° 100000xxxxx del ramo de SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO.

Emitida a nombre de:

Vigencia: 01/xx/2021 al 01/xx/2022 (12:00 Meridiano)

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

1. Elegibilidad:

Personas que al momento de solicitar la cobertura se encuentren incapacitados o padeciendo de una enfermedad grave, serán elegibles una vez que recuperen su salud y se reincorporen de manera activa al desarrollo habitual de sus funciones laborales, previo al análisis y aceptación por la Compañía de Seguros.

1.1. Asegurado Titular: Personal activos y permanentes de la empresa contratante.

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

1.2.1. Si alguna persona definida como dependiente, es también elegible para participar como titular bajo la póliza suscrita, esta persona no será elegible como dependiente bajo la misma póliza.

1.2.2. Cuando ambos cónyuges estén asegurados como titulares de la misma empresa los hijos serán elegibles solamente como dependientes de uno de los dos.

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 65 años de edad.
- Edad máxima de permanencia: al cumplimiento de los 75 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 de forma automática.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

1.3.2. Hijos:

Edad mínima de ingreso: a partir de los 14 días del nacimiento; si el niño nace con problemas de salud se brindara cobertura desde el primer día de nacido hasta los 14 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 periodos 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;

- Dependa económicamente de los padres.
- No esté habilitado o emancipado legalmente.
- Estudie a tiempo completo en un centro educativo reconocido.
- 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, 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 seis meses, por cualquier motivo.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

- 1.8.** Grupo asegurado: mínimo requerido; 5 titulares y máximo de 25 titulares; si durante la vigencia de la póliza la empresa contratante no cumple con el número mínimo requerido de titulares, se procederá con la cancelación de la póliza previa notificación con 30 días de anticipación.
- 1.9.** Los asegurados activos en la póliza a la fecha de la cancelación, podrán optar a suscribir una póliza de salud y vida individual, de acuerdo a las condiciones, beneficio y tarifas que establezca la Compañía. Podrán optar a la continuidad de cobertura siempre que la solicitud se realice dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la cancelación de la póliza (continuidad sujeta al análisis de la Compañía).

2. Prima Mensual:

<i>Categoría</i>	<i>Prima Ficohsa Seguros</i>	<i>Afiliación PORSALUD</i>
<i>Titular</i>	L. 00000	L 00.00
<i>Dependiente</i>	L. 000.00	L 00.00
<i>Grupo Familiar</i>	L. 000.00	L 00.00

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

3. Cuadro de beneficios

Los beneficios y coberturas descritas a continuación están sujetos; al deducible, coaseguros, copagos, limitaciones, exclusiones y a las condiciones generales de la póliza.

Beneficios	Plan PYME Premium
Tipo de cobertura	Servicios médicos ambulatorios y hospitalarios
Cobertura geográfica	Mundial
Máximo vitalicio	L 5,000,000.00
Cuarto y alimentación	
Honduras	L 1,400.00
En Centroamérica	L 1,400.00
Fuera de Centroamérica	L 6,000.00
Gastos por VIH/SIDA	50% del máximo vitalicio
Deducible en Honduras (máximo 3 por familia)	L 2,000.00
Deducible en Centroamérica	\$ 2,000.00 (por evento)
Deducible fuera de Centroamérica	\$ 2,000.00 (por evento)

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

Porcentaje de reembolso en Honduras Coaseguro a cargo del asegurado.	80% de los gastos elegibles. 20%
Porcentaje de reembolso en el extranjero. Coaseguro a cargo del asegurado	Dentro y fuera de Centroamérica 75% de los gastos elegibles. 25%
Límite de coaseguro hospitalario en Honduras Por evento (el exceso de gastos elegibles estará cubierto al 100%)	L 30,000.00 (20% de los primero L 150,000.00)
Límites de consulta Médico General Medico Especialistas Cardiólogo y Neurólogo	L 700.00 L 1,000.00 L 1,200.00
Honorarios médicos por hospitalización emergencia y procedimientos quirúrgicos	De acuerdo a tabla de Referencia de Honorarios Médicos REDHSA
Periodo de espera para la cobertura de maternidad.	La concepción debe ocurrir después del cuarto mes de cobertura continúa.
Maternidad cubierta únicamente en Honduras siempre y cuando la concepción ocurra después del cuarto mes de cobertura continúa. Parto normal Cesárea Aborto, amenaza de aborto y embarazo ectópico Los límites indicados incluyen gastos pre y post natales, las complicaciones del embarazo serán reconocidas enmarcadas dentro del límite de parto normal.	L 45,000.00 L 55,000.00 L 30,000.00
Atención al recién Nacido; Sala Cuna y pediatría. Aplica de la siguiente manera: -Por concepto de sala cuna L 4,000.00 -Honorarios del Pediatra L 6,000.00	L 10,000.00
Cuidado critico neonatal: cobertura para el recién nacido a partir del primer día hasta los 14 días de nacido; a) si nace prematuro b) si nace con padecimientos o enfermedades congénitas c) por enfermedades contraídas en el hospital. Las coberturas descritas aplican siempre y cuando la madre haya pasado el periodo de espera para la	L 100,000.00

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

cobertura de maternidad por el embarazo que dio como resultado el alumbramiento del recién nacido. El límite otorgado forma parte el máximo vitalicio de la madre.	
Control de desarrollo y crecimiento (consulta y vacunas según lo establecido en el PAI) para niños nacidos en la vigencia de la póliza.	Desde los 14 días de su nacimiento hasta los 6 años Sin límite.
Control de desarrollo y crecimiento (consulta y vacunas según lo establecido en el PAI) niños nacidos fuera de la vigencia de la póliza.	Amparado; con límite de cobertura de L 10,000.00 año póliza aplica deducible y coaseguro general de la póliza.
Control ginecológico anual cubre al titular o cónyuge bajo prescripción médica.	Dos citologías incluyendo consulta una mamografía (Mujeres mayores de 35 años).
Examen de próstata (PSA) cubre al titular o cónyuge bajo prescripción médica.	Una vez al año. (Hombres mayores de 40 años).
Gastos por Psiquiatría (Fatiga, Stress, insomnio)	Máximo de Rembolso por año póliza y grupo familiar L 10,000.00
Ambulancia terrestre en Honduras.	L 10,000.00
Ambulancia aérea para traslados de Honduras al extranjero.	\$ 5,000.00
Periodo de espera para enfermedades preexistentes no graves. Siempre que sean declaradas y aceptadas por la Compañía.	12 meses de continua cobertura
Gastos fúnebres para dependientes asegurados.	L 30,000.00
Red de proveedores y condiciones de uso disponible en www.ficohsaseguros.com	Médicos especialistas y hospitales.
Red de Farmacia: Con Pre-autorización - Coaseguro: Porcentaje de reembolso; 75% de los gastos elegibles. Coaseguro a cargo del asegurado; 25%. - Sujeto a Deducible establecido en la póliza.	Requisitos: Receta Médica Membretada que indique; Medicamentos prescritos, diagnóstico, firma y sello del médico tratante.
Servicios PORSALUD	Amparado
Asistencia Funeraria Dependientes. (Costo y beneficios detallado en anexo de Vida 1)	Amparado

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

4. Otros beneficios:

4.1. Cirugías plásticas y reconstructivas: cubiertas únicamente por emergencias, hospitalización o procedimientos quirúrgicos por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.

4.2. Tratamientos dentales en caso de accidente por pérdida de la dentadura natural, cubiertas únicamente 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.

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 con estadía mayor a 24 horas.. Adicional Gastos por Psiquiatría a causa de Fatiga, Stress, insomnio cubiertos bajo el límite establecido en el cuadro de beneficio.

4.9. Tratamientos quiroprácticos que tengan un efecto terapéutico sobre una enfermedad.

4.10. 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. Generalidades

5.1. La Compañía reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos elegibles por enfermedad y 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 65 años de edad del asegurado titular o cónyuge.

5.3. Los gastos de maternidad estarán cubiertos únicamente en Honduras, siempre y cuando la concepción ocurra después del 4to mes de cobertura continua de la asegurada en la póliza.

5.4. Control niño sano desde los 14 días de nacido hasta los 6 años para niños nacidos en la vigencia de la póliza, siempre que la madre asegurada haya pasado el periodo de espera para 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 a anual de L10,000.00, aplica deducible y coaseguro general de la póliza.

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

5.5. 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 quirúrgico. 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.

5.6. 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.

5.7. 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

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

suspendidos automáticamente cuando la póliza presente primas pendientes de pago con una mora mayor a 30 días.

5.8. 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:

5.8.1. Los gastos hayan sido incurridos en la vigencia de la póliza y previo a la cancelación de la misma.

5.8.2. No excedan los 6 meses indicados en el inciso 5.6.

5.8.3. Las primas hayan sido pagadas en su totalidad.

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

5.10. Se establece un periodo máximo de 30 días para errores u omisiones en la notificación de inclusiones o Exclusiones y actualización del Censo de los Asegurados, siempre y cuando, el movimiento retroactivo, no sea anterior al inicio de vigencia de la renovación.

5.11. 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;**
- **Uro litiasis;**
- **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.**

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

La septum plastia y rinoseptoplastía no estética, 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 indemnizarán, 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.

5.12. Se otorga cobertura por COVID-19 con un periodo de espera de 90 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o asegurado. (Aplica para nuevos ingresos).

5.13. El límite máximo de la cobertura para gastos médicos por el diagnóstico COVID-19 es de L.300,000.00 sin límite de coaseguro por año póliza para cada asegurado (titular o dependiente), o hasta el máximo vitalicio disponible en caso que este sea menor a dicho monto.

5.14. 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.

6. Pre- Certificación Médica.

6.1. Es requisito indispensable y obligatorio la pre-certificación para el manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico, programado o electivo, maternidad, fisioterapias con diez (10) o más ciclos y los exámenes especiales indicados por un médico colegiado dentro del alcance de su licencia y especialidad, con un costo mayor o igual a L 3,000.00; 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 un 30% aplicable a gastos elegibles incurridos dentro o fuera de Honduras, este porcentaje es adicional al coaseguro establecido en estas condiciones especiales, siempre aplicando los valores de deducible, gastos en exceso y sujeto a los costos razonables y acostumbrados para esa hospitalización o procedimiento.

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

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

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.

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% aplicable a gastos elegibles incurridos dentro o fuera de Honduras, este porcentaje es adicional al coaseguro establecido en estas condiciones especiales para ambas coberturas.

6.4. 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.

6.5. 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.

6.6. 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.

6.7. El proceso de Pre certificación no será requerido para el tratamiento dental por terceras molares impactadas cuando éste sea realizado fuera de la Red de Proveedores; para el reembolso del reclamo se requiere la presentación de placas pre y post operatorias.

6.8. El proceso de Pre certificación no será requerido para el tratamiento dental por terceras molares impactadas cuando éste sea realizado fuera de la Red de Proveedores; para el reembolso del reclamo se requiere la presentación de placas pre y post operatorias.

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:

- Todo medicamento de uso continuo y permanente.
- Todo medicamento indicado para tratamiento mayor a 30 días.
- 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 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.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

7.3. La pre-autorización por concepto de medicamentos de uso continuo y permanente se brindara hasta para un periodo de seis (6) meses de tratamiento, suministrando al asegurado hasta dos meses de tratamiento por cada evento o compra.

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. Preexistencias

8.1. Enfermedades 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:

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

Se consideran también enfermedades o lesiones pre-existentes:

- 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.
- Se considera una preexistencia tenga o no conocimiento el asegurado, de la misma.

8.2. El periodo de espera para enfermedades preexistentes no graves: que aplica a los titulares y dependientes, será mínimo de 12 meses de cobertura continua, siempre que estas enfermedades sean declaradas y aceptadas por la Compañía de seguros (Este periodo podrá variar de acuerdo al análisis que la Compañía realice para cada caso).

8.3. 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:

- Enfermedades cerebro vasculares incluyendo accidentes cerebro vasculares y los procedimientos neuroquirúrgicos respectivos para su tratamiento;
- 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;

- Cáncer de cualquier tipo, que incluye los procedimientos quirúrgicos respectivos para su tratamiento y los tratamientos ambulatorios mayores como quimioterapia y radioterapia;
- Enfermedades renales y/o hepática crónica incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y tratamientos ambulatorios mayores como la diálisis peritoneal y la hemodiálisis;
- Enfermedades metabólicas o endocrinológicas;
- Lupus eritematoso sistémico;
- Enfermedades inmunológicas: SIDA;
- Hernia, abdominal, inguinal, discal o lumbar, diafragmática y otras;
- Padecimientos articulares, incluye artritis de cualquier etiología;
- Y toda enfermedad que la Compañía considere como tal.

9. Exclusiones y Limitaciones:

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

9.1. Reconocimientos Médicos o chequeos generales.

9.2. Exámenes de la vista, habilitación de lentes o aparatos auditivos; las enfermedades propias del ojo si estarán cubiertas.

9.3. 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 así mismo no se cubre queratomíaradiada, queratomielusis y epiqueratofoquía.

9.4. Tratamientos o intervención quirúrgica para la transformación sexual y trastornos sexuales.

9.5. Tratamientos o intervención quirúrgica para la infertilidad y la fecundación in-vitro.

9.6. Hormonas para tratamiento del climaterio y/o menopausia y anticoncepción.

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

9.8. 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.

9.9. Cualquier tratamiento por alcoholismo o toxicomanía o adicción a las drogas, o de enfermedad mental o desórdenes nerviosos o vicios, incluyendo cualesquiera complicaciones resultantes de los mismos.

9.10. 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

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

inhalado voluntariamente y todo acontecimiento que se derive de estar bajo la influencia del alcohol y/o 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 0.05% o 50 mg/100 ml.

9.11. 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.

9.12. Quedan excluidos los medicamentos: benzodiazepinas, 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.

9.13. 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.

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

9.15. 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 niños recién nacidos dentro de la cobertura de la póliza, sí estarán cubiertos los padecimientos o enfermedades congénitas dentro del límite del beneficio Cuidado Crítico Neonatal establecido en la póliza.

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

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

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

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.

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.

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.

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

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

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

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.

Tegucigalpa, M.D.C. 01 de xx de 2021

Firma Autorizada

Firma Autorizada

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021