

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CONDICIONES ESPECIALES
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PERIODISTA (IPP)
POLIZA GM 1-1956**

**VIGENCIA:
DESDE: 22 DE OCTUBRE DE 2021 A LAS 12:00 AL MEDIO DIA
HASTA: 22 DE OCTUBRE DE 2022 A LAS 12:00 AL MEDIO DIA
CONDICIONES ESPECIALES**

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICO

1. Cobertura

La Compañía reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos necesarios para la recuperación de la salud de un asegurado por enfermedad y/o accidentes cubierto, incurridos por el asegurado titular y/o sus dependientes asegurados, siempre que hayan sido reportados a la Compañía y se encuentren activos en los listados de asegurados de la póliza.

Todo gasto médico será reconocido siempre que sea necesario para el restablecimiento de la salud del asegurado y/o sus dependientes, siempre que no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados. Se consideran normales, razonables y acostumbrados cuando no excede del promedio que se maneje en la zona geográfica donde es prestado el servicio o suministro médico.

Todo gasto está sujeto al coaseguro, deducibles, máximo vitalicio, exclusiones, limitaciones y demás condiciones establecidas en estas Condiciones Especiales y en las Condiciones Generales, prevaleciendo las primeras sobre las segundas, lo que no se especifique en estas Condiciones Especiales, aplicara lo que estipulen las Condiciones Generales.

El Asegurado puede utilizar los servicios médicos hospitalarios de su preferencia y la Compañía reconocerá y reembolsará los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, los honorarios médicos serán reconocidos de conformidad con la Tabla de Honorarios Médicos de la Compañía.

No se proporciona cobertura alguna para cualquier gasto incurrido que no aparezca descrito en los Beneficios y el Cuadro de Beneficios.

2. La Vigencia: El período de vigencia es el estipulado en la caratula de la Póliza y vencerá a las 12 meridiano de la fecha indicada

Cualquiera de las partes tendrá el derecho de dar aviso por escrito a la otra, manifestando su voluntad de renovar o dar por terminado el presente contrato de seguro, con 30 (treinta) días de anticipación.

3. Primas del Seguro: Las primas del Seguro son anuales y se ha convenido la forma de pago indicada en LA caratula de la Póliza, de acuerdo a las tarifas descritas en estas Condiciones Especiales.

El Contratante goza de un período de treinta (30) días para efectuar el pago de la prima vencida. Si transcurridos los treinta (30) días no se recibe el pago correspondiente, la cobertura quedará

suspendida automáticamente, así mismo se aplicará lo estipulado en el Artículo 1133 y 1134 de la ley de Seguros y Reaseguro.

4. Elegibilidad:

Empleados: activos y permanentes del Contratante que hayan sido reportados a la Compañía y que sus edades estén dentro de los límites establecidos.

Los empleados incapacitados en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o de la fecha en que obtendría el derecho al seguro, no podrán formar parte del grupo asegurado hasta que ceda su incapacidad y serán elegibles al regresar activa y permanente a sus labores: Es responsabilidad del Contratante reportar a la Compañía los nombres de los empleados que se encuentren incapacitados.

Dependientes: Siempre que haya sido reportados y aceptados por la Compañía y refiriéndose únicamente a:

- El Esposo o la Esposa legal de un Empleado, (se excluyen aquellos legalmente separados), o la esposa de hecho que esté reconocida como tal en el Registro Público y/o en los registros del Contratante.
- Los hijos solteros y reconocidos legalmente por el empleado, hijastros e hijos legalmente adoptados, que residan en el hogar del empleado, que dependan económicamente de sus padres para su manutención y sin progenie;
- Los hijos Recién Nacidos, deben ser reportados dentro de los treinta días y cumplir los requisitos de suscripción establecidos por la Compañía.

Si alguna persona definida como Empleado, es también elegible para participar como Dependiente bajo esta póliza, solamente podrá participar como empleado asegurado y no como Dependiente. Cuando ambos esposos estén asegurados como empleados bajo esta póliza, los hijos serán elegibles solamente como dependientes de uno de los dos.

5. Edad de Cobertura:

Empleado y Cónyuge

Edad mínima de ingreso 18 años y edad máxima de ingreso has el cumplimiento de los 65 años.

La cobertura se extiende hasta el cumplimiento de los 70 años.

Edad límite para solicitar aumento del máximo vitalicio: 64 años de edad se deberá completar nueva Declaración de Salud que será sometida al análisis de la Compañía a fin de determinar su aceptación o rechazo.

Reducción del Máximo Vitalicio

Al cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años de edad del Asegurado, el Máximo Vitalicio registrado, se reducirá automáticamente al 50% por consiguiente, la obligación de la Compañía se limitará a dicho porcentaje o al saldo del máximo vitalicio que a esa fecha exista, si es menor.

El asegurado continuará pagando primas sobre la misma categoría por la que pagaba antes de que aplicará la reducción del máximo vitalicio por razón de edad.

Hijos Dependientes

Desde los 10 días hasta los 19 años de edad. Extensible hasta el cumplimiento de los 25 años de edad siempre y cuando estudie a tiempo completo, sea soltero y dependa económicamente de los padres.

Es requisitos para casos Hospitalarios y procedimientos quirúrgicos programados presentar constancia de estudios a tiempo completo.

Cobertura para dependientes, cónyuges, hijos, hijastros o hijos adoptados legalmente.

Un asegurado puede escoger que la cobertura para sus miembros familiares entre en vigor en el mismo momento en que entre la suya.

Los hijos dentro de la vigencia del Contrato deben ser notificados en los primeros treinta (30) días de nacido, acompañando el formulario de inscripción de familiar dependiente, así como la fotocopia de la boleta de inscripción o de la partida de nacimiento. La compañía tiene el derecho de exigir testimonio de buena salud del niño (a) y pudiere aceptarlo o no con una exclusión, en caso de ser aceptado su cobertura será efectiva a partir del décimo día de nacido. En caso que sea notificado posterior a los treinta días de nacido, la compañía tiene el derecho de exigir testimonio de buena salud del niño(a) y pudiere aceptarlo o no con una exclusión, en caso de ser aceptado su cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a la aceptación.

El asegurado que contraiga matrimonio dentro de la vigencia del contrato, podrá solicitar la inclusión de su cónyuge si es elegible, mediante presentación de declaración de salud, dentro de los treinta (30) días siguientes al acontecimiento, adjuntando el formulario de inscripción de familiar dependiente, así como la fotocopia del certificado de matrimonio y esperar la aceptación de la compañía. Si la cobertura mencionada es aceptada por la compañía, se iniciará a partir del primer día del mes siguiente de su aceptación

Si no se notifica oportunamente la compañía oportunamente se reserva el derecho de otorgar o no esa cobertura a partir del primer día de la siguiente renovación.

Si alguna persona definida como Asegurado, es también elegible para participar como Dependiente bajo esta póliza, solamente podrá participar como asegurado y no como Dependiente. Cuando ambos esposos estén asegurados bajo esta póliza, los hijos serán elegibles solamente como dependientes de uno de los dos.

Los movimientos en el personal (inclusiones, exclusiones, incrementos de suma asegurada , cambios de categorías) deberán reportarse inmediatamente a la compañía para que surtan efecto ; sin embargo se establece un periodo máximo de 60 días para que el contratante haga los reportes respectivos, si durante este periodo ocurre el siniestro y el movimiento no ha sido reportado a la compañía , el contratante deberá demostrar que por un error u omisión no intencional de su parte no se hizo el correspondiente reporte , debiendo en este caso demostrar mediante pruebas fehacientes que dicho movimiento procedía para su registro.- fuera de este periodo de 60 días la compañía no asumirá ningún riesgo en cuanto a siniestros o devoluciones de primas se refiere.

6. Terminación del Seguro: La cobertura de esta póliza terminara automáticamente en los casos siguientes:

Empleados y Dependientes

- Por la cancelación de la Póliza.
- Finalización de la Vigencia de la Pólizas a partir de la fecha indica a las 12:00 de meridiano.
- Al terminar la relación de trabajo con el contratante por muerte, despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia o jubilación.

- Al agotarse el Máximo Vitalicio del Empleado
- Al agotar el máximo vitalicio de cada asegurado
- Por haber cumplido la edad máxima permanencia.
- Por Omisión de Información o Falsas declaraciones.
- Por dejar de reunir las condiciones que le dan derecho a participar bajo la condición de Dependientes.

A la terminación del Seguro, el Contratante y/o asegurado solo tendrán derecho a la devolución de las primas que la Compañía hubiese recibido por los asegurados que hayan dejado de reunir las condiciones para continuar en el Seguro, siempre que la Compañía no haya efectuado el pago de reclamos.

La cobertura de cualquier asegurado terminará automáticamente a partir de las 12:00 horas meridiano del día en que se cumplan las causas de cancelación indicadas en el párrafo anterior.

7. Reclamaciones:

Los Beneficios serán pagaderos contra la presentación de documentos originales, sin alteraciones: a) Formulario de Reclamos debidamente completado, b) Facturas, c) Recibos con detalle de los gastos incurridos y pagados, d) Recetas selladas y firmadas por el médico tratante; e) Otros comprobantes de gastos médicos elegibles incurridos y pagados con su respectivo detalle.

La Compañía queda facultada para solicitar en caso de siniestros cubiertos por la póliza los informes médicos, resultados de exámenes de laboratorio y de diagnóstico, historial clínico y cualquier información adicional necesaria para el análisis de reclamaciones presentadas a la Compañía. Si el Contratante, el asegurado titular o dependiente, se negara a proporcionar esta información o impidiera que la Compañía por su parte obtenga dicha información, la Compañía queda libre toda responsabilidad de indemnizar un reclamo o aceptar la inclusión en la póliza de algún asegurado propuesto y sus dependientes.

Las recetas médicas por medicamentos permanentes deben ser actualizadas cada 6 meses.

Presentación extemporánea de Reclamos: La Compañía se reserva el derecho de rechazar cualquier reclamación cuando la misma haya sido presentada en forma extemporánea. A este respecto el Contratante y/o Asegurado tienen un plazo máximo de 180 días, para ejercer su derecho de solicitar el reembolso de los gastos incurridos y elegibles de acuerdo a los términos de la Póliza.

Información Adicional: La Compañía de Seguros queda facultada para solicitar en caso de siniestros cubiertos por la póliza los informes médicos, resultados de exámenes de laboratorio y de diagnóstico, historial clínico y cualquier información adicional necesaria para el análisis de reclamaciones presentadas a la Compañía de Seguros. Si el contratante, asegurado titular o dependiente elegible, se negara a proporcionar esta información o impidiera que la Compañía de Seguros por su parte obtenga dicha información, la Compañía de Seguros queda libre toda responsabilidad de indemnizar un reclamo o aceptar la inclusión en la póliza de algún asegurado propuesto y sus dependientes.

Plazo posterior a la Terminación del Seguro: La Compañía otorgará 30 (treinta) días después de la fecha de vencimiento de la póliza o de terminación de la cobertura de un asegurado, para presentar los reclamos que hubiesen quedado pendientes de pago, siempre y cuando dichos gastos hayan sido incurridos durante la vigencia de la póliza o de la cobertura del empleado y que estén de conformidad con los beneficios y coberturas de la Póliza.

Reclamaciones por gastos médicos incurridos en el exterior:

Los Gastos Médicos y Hospitalarios fuera de Honduras, se reembolsarán cuando el empleado o dependiente haya sido remitido por el Médico tratante a recibir tratamiento en el exterior por no poderse llevar a cabo dentro del país, el cual deberá ser autorizado previamente por la Compañía.

En caso de realizar el tratamiento sin la debida autorización y posterior al viaje se presente el reclamo se tomará como improcedente y de ser declarado procedente por la Compañía, el porcentaje de reembolso será del 50%.

Coordinación de Beneficios: Si un asegurado o dependiente tiene contratado con otra u otras instituciones en todo o en parte, coberturas de la misma naturaleza que ampara el presente contrato y que cubran el mismo riesgo, tomados en la misma fecha, antes o después del presente contrato, el asegurado está obligado a declararlo inmediatamente por escrito a la compañía expresando el nombre de los Asegurados y las sumas aseguradas.

La anterior información debe anotarse en el contrato o en anexo al mismo. La omisión de la información a que se refiere esta cláusula se considera dolosa y en tal consecuencia, el asegurado no tendrá derecho a indemnización alguna proveniente de este contrato.

De confirmar que el Asegurado al momento de iniciar la cobertura de esta póliza, goza de beneficios de plan médico con otra(s) compañía(s), este plan le deberá cubrir en su totalidad los gastos elegibles por servicios médicos prestados conforme a lo estipulado en el Cuadro de Beneficios de esa póliza en su calidad de pagador primario y Mapfre pagará beneficios reducidos como pagador secundario. Cuando este plan es el pagador secundario, la coordinación de Beneficios permite que el asegurado pueda tramitar para reembolso el copago y los gastos no cubiertos por haber agotado la cobertura en el plan primario, aplicando a estos gastos el deducible y el coaseguro conforme a lo estipulado en el cuadro de Beneficios de la póliza.

No se hará coordinación alguna del deducible aplicado en el plan primario salvo convenio expreso de las partes.

Si un asegurado bajo esta póliza, está cubierto también bajo otro plan emitido por MAPFRE, e incurre en gastos elegibles en ambas pólizas, se aplica lo mencionado en el párrafo anterior.

- 1. Se reembolsará el 100% de la participación del asegurado por concepto de coaseguro siempre y cuando el diagnostico, procedimiento o tipo de gasto sea elegible de acuerdo a la póliza suscrita en MAPFRE HONDURAS.**
- 2. No se aplicará deducible ni coaseguro a la coordinación, es decir que el coaseguro será pagado al 100%.**
- 3. Para la coordinación de co-pagos en clínicas de atención primaria y urgencias médicas no se requerirá la hoja de liquidación de la compañía primaria, bastará con la presentación del recibo y copia del formulario o receta médica que indique el diagnostico.**
- 4. El deducible aplicado en la liquidación de la compañía de seguros primaria o plan médico no es elegible para coordinación.**
- 5. No aplica la Coordinación de Beneficios en los excesos no cubiertos por la compañía de seguros primaria o plan médico.**
- 6. Los excesos de los beneficios con límites máximos de reembolso como la Maternidad, se podrán reconocer siempre que exista cobertura disponible para ese beneficio en la póliza de MAPFRE HONDURAS.**
- 7. Se podrán coordinar los beneficios de dos pólizas emitidas por MAPFRE HONDURAS.**
- 8. La coordinación también aplica entre pólizas de otros ramos de seguros que cuenten con el beneficio de gastos médicos (Automóviles, Accidentes personales etc.) y planes de salud pre-pagados.**
- 9. No aplica la coordinación de beneficios de un asegurado que se encuentre asegurado dos veces en la misma póliza colectiva, como titular y dependiente.**

Beneficios cubiertos bajo Gastos Médicos Mayores (ver límites en el Cuadro de Seguro)



13.1.- Reclusión en el Hospital.

- a) Cuidado Intensivo
- b) Servicios de Hospital

13.2.- Cuarto de Urgencia

13.3.- Honorarios por Cirugía (Tabla de Honorarios Médicos de la Compañía de Seguros)

13.4.- Anestesia (34% sobre los honorarios del Cirujano Principal)

13.5.- Maternidad y Obstétricos

13.6.- Visitas Médicas como paciente hospitalizado.

13.7.- Otros beneficios médicos: Laboratorio, Rayos X

8. Beneficios

CUADRO DE BENEFICIOS - POLIZA 1956		
SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA MEDICA		
Vigencia desde: 22-October-2021 hasta 22-October-2022		
(Beneficios sujetos a la aplicación de Deducibles y Coaseguros)		
Límite Geográfico	Centroamérica	
Máximo Vitalicio Anual (M.V.A), Beneficio máximo por persona	L.	300,000.00
Aplica Reducción al cumplimiento de los 65 años de edad del Asegurado. El porcentaje se calcula sobre el máximo vitalicio original.	L.	50%
Máximo vitalicio se reduce al 30% por Gastos de SIDA	L.	90,000.00
Psiquiatría por hospitalización mayor de 24 horas, periodo de espera de 6 meses		Amparado
Deducible (por persona, aplica tanto para reclamos directos como en la red de proveedores):		
Dentro de Centro América	L.	3,000.00
Fuera de Centro América	US\$	N/A
Reembolsos		
Dentro de Centro América		70-30%
Fuera de Centro América		N/A
Coaseguro		
Dentro de Centro América		30%
Fuera de Centro América		N/A
Límite de Coaseguro		
Dentro de Centro América	L.	40,000.00
Fuera de Centro América		N/A
Consultas Médicas ambulatorias: valor elegible		
Médico General	L.	600.00
Médico Especialista	L.	900.00
Médico Especialista en cardiología, neurología y ortopedia	L.	1,000.00
Cuarto y Alimentos diario:		
Dentro de Centro América	L.	1,200.00
Fuera de Centro América	US\$	N/A
Unidad de Cuidados Intensivos diario		



Dentro de Centro América	L.	4,000.00
Fuera de Centro América	US\$	N/A
Servicios Hospitalarios		Amparado
Laboratorio, Rayos X, Medicamentos		Amparado
Beneficio de Honorarios por Cirugía		s/Tabla de Honorarios de la Compañía.

CUADRO DE BENEFICIOS - POLIZA 1956 SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA MEDICA Vigencia desde: 22-October-2021 hasta 22-October-2022		
(Beneficios sujetos a la aplicación de Deducibles y Coaseguros)		
Beneficio de Honorarios por Anestesia		34% s/Honorarios del cirujano principal
Consulta médica en habitación durante internamiento (máximo 2 por día)		s/Tabla de Honorarios de la Compañía.
Maternidad Limitada con un máximo anual (para embarazos que inicien después de 10 meses de estar asegurada en la póliza) Nuevos Asegurados.	L.	45,000.00
Maternidad fuera de Centro América		N/A
Servicios brindados al recién nacido en sala cuna y honorarios del pediatra.	L.	4,500.00
Cobertura para Recién Nacidos. Cubierto desde el primer día, siempre, en caso de nacer prematuro, contraer una enfermedad dentro del hospital o si nace con una enfermedad congénita		Amparado
Elegibilidad del Recién nacido		10 días de nacido
Control de Niño Sano , hasta el cumplimiento de los		8 años de edad
Límite máximo para gastos ambulatorios por asegurado (porcentaje de reembolso del 70%)	L.	75,000.00
Vitaminas, Control de Crecimiento y Vacunas: Rotavirus, Poliomiélitis, Difteria, Sarampión, Tosferina, Tuberculosis, Varicela, Hepatitis, Prevenar, Neumococo		Amparado
Ambulancia Terrestre (Solamente con Pre-Certificación)		Amparado
Ambulancia Aérea (solamente con Pre certificación)		Amparado
OTROS BENEFICIOS:		
Examen de PSA una vez al año		Amparado
Control Ginecológico dos veces al año incluyendo mamografía para mayores de 40 años		Amparado
Padecimientos y enfermedades o malformaciones congénitos con continuidad de cobertura		Amparado
Gastos Fúnebres para dependientes	L.	20,000.00
Extracción de Terceras Molares Impactadas		Amparado
Continuidad de Cobertura para asegurados del grupo inicial		Amparado
PRE-EXISTENCIAS DECLARADAS , aplicable a nuevos asegurados		Si Aplica
Periodo de espera para enfermedades pre existentes		12 meses
Periodo de espera para enfermedades graves		12 meses



Límite de reembolso por preexistencias en el primer año	L.	10,000.00
GASTOS DENTALES , solamente extracción de Terceras Molares Impactadas. Máximo c/u	L.	2,000.00
RED DE PROVEEDORES		
Asistencia Médica Gratuita		Amparado
Red de Hospitales (copago en Honduras Medical Center: 65/35%)		Amparado
Copago en Hospital del Valle y CEMESA (70/30%)		Amparado
Red de Laboratorios		Amparado
Servicio de ASHONPLAFA		Amparado

CUADRO DE BENEFICIOS - POLIZA 1956 SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA MEDICA Vigencia desde: 22-Octubre-2020 hasta 22-Octubre-2021		
(Beneficios sujetos a la aplicación de Deducibles y Coaseguros)		
Límites de Edad para Ingresar al Seguro: Titular y Cónyuge		de 18 a 65 años de edad
Hijos		Desde 10 días hasta 19 años de edad
Límites de Edad para Terminación del Seguro: Titular y Cónyuge		70 años de edad
Hijos, extensión de cobertura cumpliendo requisitos especiales establecidos en la póliza, hasta el cumplimiento de		25 años de edad
Derecho a la cobertura de Gastos Médicos		inmediatamente
Plazo para presentar solicitudes de nuevos afiliados en caso de error u omisión		Sesenta (60) días
Plazo máximo para presentar Reclamos		180 días
Plazo máximo para presentar Reclamos al causar baja		30 días
Plazo para reembolsos (días hábiles)		10 días
Actualización Recetas x medicamentos uso permanente		cada Seis (6) meses
Revisión y Ajuste de Tarifas (Siniestralidad \geq 60%)		Anual

Categoría 1	Tarifa Mensual
Empleado Solo	L. 864.50
Dependientes (1-3)	L. 1,860.37
Grupo Familiar (4 dependientes o más)	L. 1,945.26

9. Otros Beneficios Cubiertos:

La Compañía de Seguros reconocerá y reembolsará los gastos médicos y hospitalarios, necesarios, usuales, razonables y acostumbrados por:

- **Consultas Médicas** ambulatorias en consultorio o clínicas, hasta los límites que por especialidad del médico aparecen en el Cuadro de Beneficios
- **Gastos Odontológicos:** En casos de accidente por pérdida de la dentadura natural (No está cubierto el reemplazo de prótesis placas e implantes) el asegurado deberá ser evaluado previamente por el médico designado por la Compañía, el tratamiento deberá ser brindado dentro de los noventa días (90) posteriores al accidente.
- **Cirugía plástica reconstructiva:** a consecuencia de lesiones accidentales ocurrida durante la vigencia de la póliza el tratamiento deberá ser brindado dentro de los seis meses (06) posteriores al accidente.
- **Terapia física** de rehabilitación ordenada por un médico especialista en Ortopedia y/o Medicina Física y Rehabilitación.
- **Zapatos ortopédicos** dentro de los costos razonables y acostumbrados con reembolso del 50%.
- Cobertura de medicamentos e insumos con recetas prescritas por médicos del IHSS y otras instituciones de salud pública.
- Prótesis sean fijas o removibles, incluyendo prótesis de cadera. (Prótesis Dentales únicamente en casos de accidentes).
- **Psiquiatría**, únicamente cuando el asegurado se encuentre hospitalizado por más de 24 horas, que haya cubierto el período de espera que aparece en el Cuadro de Beneficios.
Cobertura parar Recién Nacido. Cubierto desde el primer día, siempre que el asegurado cuente con la cobertura para dependientes, en caso de nacer prematuro, contraer una enfermedad dentro del Hospital o si nace con una enfermedad congénita hasta un límite máximo de L.100,000.00; caso contrario está cubierto a partir de los 10 días de nacido (sujeto a coaseguro y deducibles)
Los gastos del recién nacido, en concepto de sala cuna y pediatría cubierto hasta un máximo de L. 4,500.00
- **Pre existencias** Declaradas y Aceptadas por la Compañía de Seguros, después de cumplir el período de espera y hasta el límite máximo que aparece en el Cuadro de Beneficios. Cualquier enfermedad preexistente no declarada en la solicitud de Inscripción o Cuestionario de Salud, aunque haya pasado el período de espera para preexistencias que aparece en el Cuadro de Beneficios, le da derecho a la Compañía de Seguros para cancelar la cobertura del asegurado.
Se otorga continuidad de cobertura para los asegurados y dependientes que actualmente estén asegurados y que inicien con el enrolamiento inicial dela póliza.
Toda condición preexistente debe ser reportada en la solicitud de seguro.
- Todos los gastos médicos necesarios para restablecer la salud del asegurado.
- **Red de Proveedores:** La Compañía de Seguros ha establecido la Red de Proveedores que pone a la disposición de los asegurados para facilitar su atención médica en casos de emergencia y cirugías programadas, con médicos de diferentes especialidades y hospitales con crédito del 70% del costo de la atención previa aplicación del deducible correspondiente.
- Será decisión directa del asegurado, si hace uso de la Red Proveedores que la Compañía de Seguros ha puesto a disposición o utilizar los servicios médicos de su preferencia



reconociendo siempre la Compañía de Seguros los honorarios de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos que para tal fin se ha creado.

- En casos selectivos de cirugía programada el afiliado se debe someter a una segunda evaluación médica, requisito para la aprobación por parte de la compañía. El costo de la segunda evaluación es por cuenta de la compañía; en caso de no someterse a la segunda evaluación médica la compañía se reserva el derecho de aumentar el coaseguro.
- Todas las hospitalizaciones programadas deberán ser estrictamente pre-certificadas, en caso de no presentarse a las oficinas de la compañía para tramitar la debida pre-certificación, la Compañía se reserva el derecho de aumentar a un 50% el coaseguro. (Gestionadas por la Compañía en 7 días hábiles).
- El Contratante se compromete a hacer efectivo y a su presentación los valores que correspondan por Deducibles, Co-aseguro y otros gastos no cubiertos por la póliza, cuando el Asegurado haga uso de la Red de Proveedores que la Compañía de Seguros ha puesto a su disposición.
- Honorarios en caso de emergencia y hospitalización (quirúrgica y no quirúrgica) se cubrirán según los costos razonables y acostumbrados establecidos en la tabla de aranceles de la Red Hondureña de Servicios de Salud (REDHSA) cuya aplicación es de uso generalizada entre las compañías de seguros.
- En los casos siguientes los asegurados podrán hacer uso de la red sin su debida pre-certificación o autorización:

1. Fracturas
2. Luxaciones
3. Esguinces
4. Heridas
5. Quemaduras de todo tipo
6. Estado de Choque
7. Pérdida de Conocimiento, u obnubilaciones
8. Síndrome Vertiginoso
9. Cuerpo Extraños en Otorrino
10. Deshidratación Severa por Vómitos y/o diarreas
11. Crisis Asmáticas
12. Shock Anafiláctico
13. Cólico Nefrouretral
14. Cólico Hepatobiliar
15. Retención Aguda de Orina
16. Hemorragias
17. Convulsiones
18. Intoxicación aguda no etílica
19. Reacciones Alérgica Agudas por Picaduras de Insectos y Reptiles
20. Reacciones Alérgicas Agudas Medicamentosas y Alimenticias
21. Angina de Pecho
22. Infarto Agudo al Miocardio
23. Apendicitis
24. Crisis Hipertensivas y sus Consecuencias
25. Politraumatismos
26. Insuficiencia Respiratoria Severa
27. Diabetes Tipo I y II descompensadas
28. Trombosis

- 29. Embolismos
- 30. Dengue Hemorrágico

En caso de emergencias y hospitalizaciones, obteniendo crédito del 70% de los gastos cubiertos, pagando el asegurado únicamente, el 30% de coaseguro más el deducible en caso de no haberse cubierto y los gastos no elegibles por la póliza.

El monto mínimo por atención de emergencia en la red de hospitales es de Dos Mil Quinientos Lempiras (L. 2,500.00); si el mismo, es menor de Dos Mil Quinientos Lempiras (L.2, 500.00) el asegurado deberá cancelar el 100% de los gastos y solicitar su reembolso a la Compañía de Seguros.

En caso de emergencia de pacientes traumatizado o por heridas de arma de fuego y arma blanca, es requisito el reporte del Ministerio Publico o Autoridad que tomó el Parte y Prueba de Alcoholemia.

Servicios de Asistencia Médica. Las 24 horas los 365 días del año completamente GRATIS, para la atención de enfermedades y emergencias con solo llamar a nuestro Call Center el **2263-1111**, incluyendo:

- A. Orientación Médica Telefónica, Para cualquier consulta o referencia médica, disponible las 24 horas los 365 días del año a nivel nacional.
- B. Asistencia Móvil y Traslado en Ambulancias. Incluyendo atención médica y paramédica en el domicilio del asegurado o en el lugar donde haya ocurrido el accidente o enfermedad, y de ser necesario hasta un Centro médicos que el asegurado decida.
Estos servicios se limitan al caso urbano de Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba y Santa Rosa de Copan
- C. Consultas Médicas Externas. Para consultas externas en las ciudades de San Pedro Sula, Tegucigalpa, La Ceiba y Santa Rosa de Copan se pone a disposición de los asegurados clínicas de atención primaria con médicos generales que incluye los medicamentos de 1 a 3 días para inicio de tratamiento, los Medicamentos para tratamientos primarios son: Antibióticos Antialérgicos Antieméticos Desparasitante Antinflamatorios Antigripales Analgésicos Antitusivos Antiespasmódicos Antidiarreicos.
Este servicio es 24 horas y es sin límite de eventos, COMPLETAMENTE GRATIS, únicamente debe presentar su carnet de asegurado vigente, su identificación personal y recibirá la atención médica requerida.

Ubicaciones de las clínicas:

• EPS Medical Tegucigalpa	Centro comercial Plaza Urbana, Local número 8, Boulevard Suyapa, Colonia Florencia sur 2 cuadras adelante de Televisión a la par de Quiznos.
• EPS Medical San Pedro Sula	Colonia Rio de Piedras, 32 Ave. 3 Calle Dos cuadras del Portal de las Carnes.
• EPS Medical La Ceiba	Centro Comercial El Imán, Barrio el Imán, Fte a Medicentro
• EPS Medical Santa Rosa de Copan	Edificio Los Ángeles, Fte. Al Hospital Quirúrgico

D. Servicio de Conexión con la Red de Proveedores. El prestador del servicio de asistencia médica pondrá a disposición del Asegurado una red de proveedores integrada por especialistas de todas las áreas de la medicina. El prestador del servicio de asistencia médica no cubre económicamente el costo de la consulta o servicio. Estos servicios de conexión pueden ser solicitados por el asegurado cuantas veces los necesite y a la hora que lo requiera. Asimismo.

16.7.- **Red de Laboratorios y Radio Imagen.** Con crédito del 70% de los gastos cubiertos, pagando el asegurado el 30% de la factura. Los exámenes o imágenes que superen los L. 4,000.00 deberán pre-certificarse para ser aprobados por la compañía.

16.8.- **Red de ASHONPLAFA**

SERVICIO BRINDADO	LIMITE MÍNIMO FACTURADO
Consulta Médico General:	Sin Límite Mínimo.
Consulta Médico Especialista:	Sin Límite Mínimo.
Servicio Laboratorio Clínico:	L. 700.00
Servicio de Imágenes:	L. 700.00
Servicio De Medicamentos:	L. 500.00
Cirugías Programadas:	Sin Límite Mínimo**
Otros Servicios:	L. 700.00

** Deben contar con autorización previa de MAPFRE SEGUROS

17. Condiciones sujetas a período de espera (Aplica para nuevos asegurados)

17.1.- **Durante los primeros doce (12) meses** de vigencia de esta Póliza o del ingreso del asegurado a la misma no se reconocerán gastos incurridos por:

- a) Amigdalectomía, adenoidectomía, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfisema, Bronquitis Crónica, Padecimientos Genital Urinario, Enfermedades ácido pépticas, Enfermedades Renales Litiásicas, Cólicos biliares y renales, Colecistitis aguda o crónica, Hemorroides, Artroscopías y Circuncisiones excepto a causa de infección comprobada.
- b) Los estudios de Imágenes de Resonancias Magnética o Nuclear, serán reconocidos solamente si son necesarios como consecuencia de un accidente, por lo tanto, en caso de enfermedad, serán reconocidos después del período de espera de doce (12) meses.
- c) Maternidad: Si una asegurada inscrita bajo la categoría de empleada o de cónyuge dependiente incurre en gastos médicos y de hospital a consecuencia de embarazo, con respecto a parto, mal parto o aborto legal, la Compañía de Seguros reembolsará de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados, el porcentaje convenido, hasta las cantidades límites que aparecen en el Cuadro de Beneficios y con sujeción a las siguientes disposiciones:

- 1.- Estar inscrita en la Póliza como empleada o cónyuge dependiente, en la categoría con Maternidad.

- 2.- Que el embarazo inicie durante la vigencia de su cobertura individual ininterrumpida y después de transcurrido el período de espera que aparece en el Cuadro de Beneficios.
- 3.- Que todos los gastos por Maternidad sean incurridos dentro del territorio de la república de Honduras, incluyendo consultas médicas de control, medicamentos y vitaminas, laboratorio, Rayos X, Ultrasonidos no más del límite que aparece en el Cuadro de Beneficios.
- 4.- Los honorarios médicos se pagarán conforme a la Tabla de Honorarios de la Compañía de Seguros.
- 5.- La cobertura se pagará sólo una vez por año, incluyendo alguna de y/o todas las complicaciones relacionadas con un embarazo y hasta los límites que aparecen en el Cuadro de Beneficios.

10. Generalidad

- **Maternidad:** La cobertura de maternidad se otorga según los montos establecidos en el cuadro de beneficios siempre y cuando:
 - ✓ La empleada o cónyuge dependiente se encuentren aseguradas en la categoría con Maternidad.
 - ✓ Que el embarazo inicie durante la vigencia de su cobertura individual ininterrumpida y después de transcurrido el período de espera que aparece en el Cuadro de Beneficios.
 - ✓ La cobertura se pagará sólo una vez por año, incluyendo alguna de y/o todas las complicaciones relacionadas con un embarazo y hasta los límites que aparecen en el Cuadro de Beneficios.
- **Durante los primeros 12 meses de vigencia** de esta Póliza o del ingreso del asegurado a la misma. No se reconocerán gastos incurridos por **Enfermedades Graves** de la cual tenga o no conocimiento el asegurado (Si el asegurado tiene conocimiento de estas enfermedades deberá reportarlas a la Compañía de Seguros). El periodo de 12 meses puede variar de acuerdo al análisis médico que realice la compañía.

Durante los primeros 12 meses de vigencia de esta Póliza o del ingreso del asegurado a la misma. No se reconocerán gastos incurridos por:

- a) La Septo plastia y Rinoseptoplastía no estética excepto si es necesario efectuar alguna de estas cirugías como consecuencia de un accidente. Las mismas se indemnizarán, siempre y cuando se sometan a la Compañía de Seguros las placas de radiografías que evidencien el trauma más el informe del Radiólogo.
- b) Tratamientos de Hernias, Abdominal, Inguinal, Discal o Lumbar, Diafragmática y otras; Padecimientos Articulares, Incluyendo Artritis de cualquier Etiología.
- c) Toda Enfermedad Grave de la cual tenga o no conocimiento el asegurado (Si el asegurado tiene conocimiento de estas enfermedades deberá reportarlas a la Compañía de Seguros).
- d)

Se entiende como Enfermedad Grave: El conjunto de enfermedades que se caracterizan por el alto riesgo en el que ponen la vida y la integridad de la salud de una persona y que además involucran elevados costos de atención y tratamiento, así como un requerimiento elevado de especialización médica.

Para efectos de esta Póliza se considerarán **Enfermedades Graves** las siguientes:

- ✓ Enfermedades Cerebro vasculares incluyendo accidentes cerebro vascular y los respectivos procedimientos neuroquirúrgicos para su tratamiento.
- ✓ Enfermedades Cardiovasculares que incluye: Hipertensión Arterial, infarto agudo al miocardio, cardiopatías y demás enfermedades que requieran de: Cateterismo cardiaco, angioplastias 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 Crónicas incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y tratamientos ambulatorios mayores como la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.
- ✓ Enfermedades Metabólicas o Endocrinológicas como Diabetes, Dislipidemias, Tiroides o de cualquier otra glándula endocrina.
- ✓ Enfermedades Inmunológicas: SIDA.

Cualquier enfermedad preexistente no declarada en la solicitud de Inscripción o Cuestionario de Salud, aunque haya pasado el período de espera para preexistencia, le da derecho a la Compañía para cancelar la cobertura del asegurado.

11. Pre certificación Medica y Segunda Evaluación Medica

Todas las hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos programados deberán ser estrictamente pre-certificadas, por lo menos con 5 días de anticipación, en caso de no gestionar la debida pre-certificación, la Compañía se reserva el derecho de aumentar a un 50% el coaseguro.

Cuando la Compañía lo considere necesario en casos electivos de cirugía programada el asegurado se debe someterse a una segunda evaluación médica, requisito para continuar con el análisis de su pre-certificación. El costo de la segunda evaluación es por cuenta de la compañía; en caso de no someterse a la segunda evaluación médica la compañía se reserva el derecho rechazar la solicitud de pre-certificación.

Emergencias: En los casos de emergencia los asegurados podrán hacer uso de la red sin el requisito de pre-certificación.

12. EXCLUSIONES

Además de las EXCLUSIONES incluidas en las Condiciones Generales de la Póliza, no asegura y por tanto no se pagarán beneficios por o a causa de las siguientes circunstancias:

- 1.- Lesión infligida a sí mismo mientras esté en uso o no de sus facultades mentales, tratamiento de alcoholismo crónico, adictos a drogas, alergia o desórdenes mentales o nerviosos;



- 2.- Lesión o enfermedad causada por: insurrección o guerra, declarada o no, o a consecuencia de motín, huelga o conmoción civil, por la utilización de armas nucleares o de destrucción masiva, armas químicas, armas de destrucción biológica.
- 3.- Curas de reposo, cuidado sanitario o en custodia, o períodos de cuarentena o aislamiento.
- 4.- Cirugía plástica excepto a consecuencia de una lesión accidental.
- 5.- Exámenes dentales, de rayos X, extracciones, empastes y tratamientos dentales en general, excepto por accidente y extracción de terceras molares impactadas.
- 6.- Reemplazo o ajuste de espejuelos o aparatos auditivos. Anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomielusis y epiqueratofuquía;
- 7.- Exámenes y consultas médicas para los efectos de chequeos rutinarios, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una enfermedad o lesión corporal accidental, exámenes generales de salud;
- 8.- Otro transporte que no sea el servicio local autorizado de ambulancia;
- 9.- Cualquier enfermedad que se originó antes de la fecha efectiva de cobertura del asegurado, tenga o no conocimiento de la misma.
- 10.- Embarazo incluyendo el resultado de parto, malparto o aborto, excepto en los casos que en estas Condiciones Especiales, esté definido como una cobertura adicional.
- 11.- Maternidad para hijas dependientes
- 12.- Consultas médicas y tratamientos ambulatorios por enfermedades psicológicas tales como depresión, esquizofrenia, stress, trastornos alimenticios, etc., excepto en los casos que en estas Condiciones Especiales, esté definido como una cobertura adicional.
- 13.- Tratamientos y medicamentos para una incapacidad surgida a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado antes de la fecha efectiva de cobertura.
- 14.- Malformaciones y padecimientos congénitos; 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; si se comprueba que el asegurado no tenía 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 padecimiento.
- 15.- Control de niño sano, excepto que, en estas Condiciones Especiales, esté definido como una cobertura adicional.
- 16.- Tratamientos que no son reconocidos por la práctica médico científica, o tratamientos que no son aceptados por ser experimentales, o de beneficios inciertos para el paciente:



- Los realizados por acupunturistas, naturistas, vegetarianos y homeópatas. Así como el tratamiento médico o quirúrgico sobre la base de hipnotismo.
 - Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño y aprendizaje.
 - Los tratamientos de naturaleza experimental o de investigación.
 - Tratamientos en centros SPA e hidro clínicas.
 - Tratamientos o medicamentos que no estén autorizados por el Colegio Químico Farmacéutico y la Secretaría de Salud de Honduras.
- 17.- Tratamiento médico o quirúrgico para corrección de pie plano, pie equino y hallux-valgus o juanetes, excepto que, en estas Condiciones Especiales, esté definido como una cobertura adicional.
- 18.- Tratamientos de fertilidad, esterilidad, control de natalidad y sus complicaciones.
- 20.- Lesión o enfermedad causada por la participación en actos terroristas cometidas por razones políticas, religiosas, ideológicas o no
- 21.- Trastornos hormonales, suministros, inoculación o inyección de hormonas.
- 22.- Tratamientos cosméticos, excepto cuando sean necesarios por un accidente.
- 23.- Gastos por tratamientos que no sean médicamente necesarios.
- 24.- Gastos que no hayan sido prescritos por un médico legalmente autorizado.
- 25.- Gastos por hospitalizaciones en clínicas, ya que no cuentan con la infraestructura necesaria.
- 26.- Gastos por medicamentos o tratamientos que de conformidad con los protocolos médicos generalmente aceptados puedan ser considerados como una duplicidad o en exceso de los necesarios para el restablecimiento de la salud del paciente.
- 27.- Tratamientos para el control de peso, trastornos del comer o cualquier tratamiento de la obesidad y sus consecuencias.
- 28.- Vitaminas o suplementos dietéticos para aumentar el apetito o para adelgazar, aunque sean recetados por un médico autorizado. Excepto que, en estas Condiciones Especiales, esté definido como una cobertura adicional.
- 29.- Tratamientos y Vacunas preventivas, excepto que, en estas Condiciones Especiales, esté definido como una cobertura adicional.
- 30.- Tratamientos recibidos sin costo para el asegurado.
- 31.- Cualquier gasto en exceso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados, aunque la condición porque fue incurrido el gasto tenga cobertura por la póliza.
- 32.- Cualquier exceso sobre los límites de cobertura establecidos en estas Condiciones Especiales.



- 33.- Suicidio o cualquier intento de suicidio sus complicaciones o secuelas independientemente de que el asegurado se encuentre o no en su sano juicio.
- 34.- Tratamiento de problemas en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación o coyuntura.
- 35.- Por transformación sexual o cambio de sexo de cualquier naturaleza.
- 36.- Tratamientos de enfermedades de transmisión sexual. (Se excluye el SIDA)
- 37.- Terapias de aprendizaje por retraso mental.
- 38.- Accidentes o lesiones provocadas a consecuencia de la ingesta de cualquier droga de consumo controlado o prohibido, (a menos que sea suministrado por órdenes de su médico tratante), o narcótico, o por el consumo o abuso del alcohol (Estado de embriaguez) o de cualquier otra sustancia.
- Se considera que una persona está en "Estado de Embriaguez" cuando:
- Se niega a someterse al examen de alcoholemia al momento del evento y el reporte del accidente de la autoridad correspondiente indique que presentaba aliento alcohólico o etílico;
 - Los médicos que le brinden asistencia médica hayan concluido que se encontraba en ese estado o, a falta de conclusión que señalen que al examen médico del asegurado presentaba aliento alcohólico o etílico; o
 - El examen de alcoholemia revele concentración de alcohol iguales o mayores a 0.5%/100ml o 50mg/100ml.
- Esta exclusión no aplica cuando el asegurado viaje como pasajero en un medio de transporte privado o público donde el conductor del mismo se encuentre en estado de embriaguez y/o cuando se compruebe que no existió de parte del asegurado responsabilidad alguna en la ocurrencia del evento.
- 39.- Lesiones causadas al asegurado cuando conduzca o viaje como pasajero de un automóvil o cualquier vehículo motor en carreras, pruebas de velocidad, resistencia.
- 40.- Lesiones o enfermedades causadas a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, por ejemplo: MotoCross, alpinismo, jaripeo, esquí, tauromaquia, salto de bungee, Canopy, equitación, buceo, paracaidismo y cualquier tipo de deporte aéreo.
- 41.- Lesiones cuyos beneficios sean pagados por una póliza de automóviles, accidentes personales, accidentes de tránsito.
- 42.- Que un tercero este obligado a cubrir en beneficio del asegurado por razón de existencia de un contrato o por responsabilidad civil extra-contractual, o que sean suministrados o cubiertos por instituciones estatales.
- 43.- Tratamientos por síndrome de fatiga crónica.



- 44.- Gastos por concepto de alquiler o compra de equipo médico (no desechable) fuera del hospital por ejemplo: Muletas, sillas de ruedas, taques de oxígeno, andadores, y tacones para yeso, zapatos especiales u ortopédicos, cabestrillo, rodilleras, etc. excepto que en estas Condiciones Especiales, esté definido como una cobertura adicional.
- 45.-Circuncisiones, excepto en caso de Infecciones recurrentes.
- 46.-Objetos para el confort personal.
- 47.-El alquiler o compra de prótesis, implantes, vaporizadores, nebulizadores equipo para ejercicio. Excepto que, en estas Condiciones Especiales, esté definido como una cobertura adicional.
- 48.-Cualquier tratamiento o complicación por la enfermedad de chagas.
- 49.-Tratamiento y medicamentos del síndrome de climaterio, menopausia, y/o andropausia y sus complicaciones. Excepto que, en estas Condiciones Especiales, esté definido como una cobertura adicional.
- 50.-Gastos por acné juvenil, ya sea este inflamatorio o no y verrugas vulgares; se cubrirán los gastos de acné juvenil sobre infectado. Excepto que, en estas Condiciones Especiales, esté definido como una cobertura adicional.
- 51.-Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de análisis del pelo o calvicie.
- 52.-Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el sueño.
- 53.-Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el crecimiento.
- 54.-Gastos por servicio médicos en que se incurra cuando la póliza no se encuentre vigente o haya sido cancelada.
- 55.-Por el exceso en costos que provoque la utilización de Tecnología Médica de Aplicación Reciente no autorizada al compararlos con la Tecnología Médica Tradicional utilizada para el tratamiento de enfermedades o lesiones de un asegurado amparado bajo alguna cobertura o servicio de esta póliza.
- 56.-En los casos de epidemias declaradas por la Secretaría de Salud de la República de Honduras, o bien de la entidad homóloga en algún otro país en el que se encontrara el asegurado, aunque participara en categoría de cobertura internacional.
- 57.-Por consultas médicas en casa, excepto si en la Póliza se ha establecido la cobertura a través de un proveedor de servicios de atención médica domiciliaria y siempre sujeta a los límites, términos y condiciones notificadas por la Compañía de Seguros para dichos servicios.
14. **Comunicaciones:** Todas las comunicaciones o declaraciones a la Compañía, se enviarán por escrito directamente al domicilio de ésta.



15. Para todos los efectos, se aclara que estas Condiciones Especiales tienen prevalencia sobre las Condiciones Generales sin embargo, cuando algo no esté especificado como Condición Especial, se aplicarán las Condiciones Generales.

16. "Ningún asegurador proveerá cobertura y ningún asegurador (reasegurador) será responsable de pagar cualquier reclamación o proporcionar cualquier beneficio bajo la presente póliza, en la medida en que la provisión de dicha cobertura, pago de dicha reclamación o la provisión de dicho beneficio expondría al asegurador (reasegurador) a alguna sanción, prohibición o restricción bajo resoluciones de las Naciones Unidas, o de sanciones económicas o comerciales, leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América. Se exceptúan los casos en que la cobertura de la presente póliza haya sido contratada con anterioridad a los hechos que expondrían al asegurador (reasegurador) a las sanciones, prohibiciones o restricciones antes señaladas, y aquellos en los que el beneficiario de la póliza no se encuentre vinculado con o comprendido dentro de dichos hechos."

18.- Cláusula de Recuperación del Carnet

Queda entendido y convenido que el contratante de esta póliza, se compromete a controlar el buen manejo que sus colaboradores y dependientes hagan de los carnets de Seguro Médico Hospitalario, así mismo colaborar con la Compañía de Seguros en la recuperación de aquellos valores al crédito que generados a través de los hospitales de nuestra red tales como: deducible, coaseguro, gastos o excesos no cubiertos en la póliza. Y a la vez recuperar el carnet de Seguro Médico de los empleados en el caso de que dejen de laborar para dicha empresa.

Asimismo, y en caso de que un empleado deje de formar parte del grupo asegurado y haga uso de la red de proveedores, el contratante, se hará responsable ante la compañía de seguros al pago de cualquier gasto medico realizado después de su cancelación como asegurado en la compañía.

17. AGRAVACION DEL RIESGO

El Contratante y/o Asegurado perderá todo derecho de indemnización bajo esta Póliza si en el Consentimiento o en cualquier otro documento que entregue a la Compañía consigna datos o circunstancias que fueren falsos o de mala fe que hicieran suponer una disminución del riesgo, induciendo a la Compañía a aceptar el riesgo, cuando de conocer tales circunstancias la Compañía hubiera rechazado la aceptación del Seguro. En este caso, la Compañía quedará relevada de toda responsabilidad.

18. CLAUSULA DE EXCLUSION LA/FT

El presente contrato de seguro se dará por terminado de manera anticipada en los casos en que el Asegurado, el Contratante y/o 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 de cualquier otro delito de crimen o 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 las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores de crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de los Designados por la ONU, entre otras.

Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley especial Contra 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 de informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

Cláusula Arbitral. - Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionado o indirectamente con este Contrato, ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo, se resolverá mediante el procedimiento y arbitraje, de conformidad con el Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y EL CONTRATANTE, dejan constancia que los demás términos y condiciones de la Póliza se mantienen sin modificación; y firman estas Condiciones Especiales en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, el día 25 de octubre de 2021.



Firma autorizada
Contratante

Firma autorizada
Mapfre Seguros Honduras