



CONDICIONES GENERALES GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL

I. DEFINICIONES

LA COMPAÑIA: Mapfre Seguros Honduras

CONTRATANTE: Es el representante legal ante el Contrato y sus anexos.

ASEGURADO: Son las personas cubiertas por esta póliza que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía.

ASEGURADO TITULAR: Es aquella persona que firma como responsable la solicitud y aparece como titular de la Póliza.

DEPENDIENTES: Serán consideradas elegibles las siguientes personas, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Titular:

a) Cónyuge hasta la edad de 64 años, la cobertura se extiende hasta la edad de 75 años

b) Hijos solteros y sin progenie desde los 14 días de nacido hasta los 21 años. El límite de edad podrá ser extendido a 24 años de edad, siempre y cuando, estos no tengan ingresos por trabajo personal y se encuentren estudiando en alguna universidad o colegio en jornada diurna a tiempo completo, 4 clases matriculadas, siempre y cuando sean pertenecientes al sistema educativo nacional.

ACCIDENTE: Se considera Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa, externa, súbita, fortuita y violenta, que cause lesiones corporales en la persona del Asegurado.

No se considera Accidente las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado, ni aquellas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurran después de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente se considerarán como un solo evento.

ENFERMEDAD: Significa un padecimiento, dolencia, malestar, desorden o condición física que altera la salud del asegurado y se caracteriza por un conjunto reconocible de signos y síntomas que requiere tratamiento médico o quirúrgico indicado por un medico autorizado.

DEDUCIBLE: Cantidad establecida en la carátula de la Póliza a cargo del Asegurado por los primeros gastos cubiertos para cada Enfermedad o Accidente. Este deducible se determina cada año calendario para cada asegurado titular o dependiente con un límite máximo de tres por familia. El anterior límite sólo es aplicable a gastos dentro de Centroamérica, el deducible por gastos en el extranjero será aplicado por evento.

CO-ASEGURO: Porcentaje establecido en el cuadro de beneficios de la Póliza, como participación del Asegurado, que se aplicará a los gastos elegibles después de aplicar el Deducible.

HOSPITAL significa únicamente una institución autorizada como hospital y equipado para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, equipado con un quirófano o sala de operaciones, cuya institución proporciona asistencia de enfermeras las 24 horas y tiene facilidades para ambos, diagnósticos y cirugía mayor, excepto en el caso de un hospital dedicado especialmente al tratamiento

de enfermedades crónicas. El término hospital no se interpretará como o incluirá clínica, hoteles, asilos, sanatorios particulares, casas para convalecientes, lugares para vigilancia, asilos para ancianos, o establecimientos usados principalmente para la reclusión o tratamiento de adictos a drogas, o alcohólicos.

MEDICO significa solamente un doctor o cirujano que es doctor en medicina graduado de una universidad acreditada como tal, colegiado en el Colegio Médico de Honduras y autorizado legalmente para practicar la medicina y calificado para rendir el tratamiento estipulado. No se reconocerán los honorarios de médicos familiares de los pacientes asegurados. En el caso de médicos que tengan el mismo apellido que el asegurado, el mismo deberá presentar una constancia en la cual demuestra que no hay ningún tipo de relación sanguínea o política.

MEDICINAS significan drogas dispensadas por una droguería legalmente autorizada, que cuente con un número de Registro Sanitario y comercializadas a través de una FARMACIA legalmente establecida y autorizada como tal.

Se consideran medicinas aquellas que ya han sido autorizadas por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional y no aplican bajo esta definición las drogas cuando estas estén en la etapa experimental

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS: Costo o valor en dinero que para efectos de este contrato tiene un servicio dado de atención médica, hospitalaria, de laboratorio, medicamento, suministro o insumo médico que en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instalaciones donde es prestado el servicio médico, equipo médico hospitalario, las circunstancias de tiempo, lugar y costo de utilización, no exceden del costo o valor promedio que se maneja en el mercado donde es brindado ese tipo de servicio o suministro médico.

Los honorarios médicos serán cancelados con base a la tabla de Honorarios Médicos establecida por la compañía de seguros.

Por lo tanto, el monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta Póliza, no podrán exceder, para Médicos y Hospitales con los que no se tenga convenio, del que corresponda para servicios médicos y hospitalarios de acuerdo al párrafo anterior.

Adicionalmente, un cargo usual, razonable y acostumbrado es aquel que no saca ventaja del estado de necesidad del consumidor.

HOSPITAL Y/O MEDICO DE LA RED: Significa los hospitales, médicos, farmacias o droguerías que tiene contrato de común acuerdo con la compañía de seguros para proveer servicios médicos, hospitalarios y suministros médicos a los asegurados, de acuerdo a las condiciones estipuladas en el presente contrato.

Los proveedores serán nombrados por la compañía de seguros quienes brindaran la lista ellos a sus asegurados y puede ser modificada de acuerdo a la conveniencia de La Compañía, dichos proveedores deberán adherirse a las condiciones de costos por servicios establecidas por la compañía de seguros.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES: Son aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura para cada Asegurado, tenga o no conocimiento del mismo. También se consideran padecimientos preexistentes aquellos por los cuales se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que dicho padecimiento tuvo inicio en fecha anterior a la contratación de la Póliza, para cada Asegurado; cualquiera que sean sus causas y/o complicaciones.

PADECIMIENTOS CONGENITOS: Alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en algún órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, pudiendo ser evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

PERIODO DE ESPERA: Es el lapso predeterminado e ininterrumpido de tiempo, a partir del inicio de vigencia de la Póliza, que debe transcurrir para cubrir ciertos padecimientos.

MAXIMO VITALICIO: Es la cantidad que representa el límite máximo de responsabilidad por cada Asegurado, y que se reembolsará por una o más Enfermedades o Accidentes cubiertos durante la vigencia de la póliza.

Esta suma máxima irá disminuyendo automáticamente en la cantidad o cantidades que se hayan pagado por las distintas reclamaciones. ya sea que haya habido o no alguna interrupción en la continuidad del seguro o haya estado cubierto alguna vez como titular y otra como familiar dependiente

Esta suma máxima se reducirá en un 50%, al cumplimiento de los 65 años del Asegurado titular o cónyuge.

II. OBJETO DEL SEGURO

Si como consecuencia de un accidente o enfermedad que haya tenido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la Póliza, el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados más adelante, la Compañía reembolsará el costo de los mismos hasta por el Máximo Vitalicio, ajustándose previamente a las limitaciones y condiciones consignadas en la póliza por tipo de gasto, inicio de vigencia y periodo de cobertura, así como a las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y el padecimiento se origine dentro de la fecha de cobertura.

Todas aquellas 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

En caso de Cirugía programada el Empleado se debe someter a una segunda evaluación médica requisito para la aprobación por parte de Mapfre Seguros Honduras. El costo de la segunda evaluación médica es por cuenta de Mapfre Seguros Honduras. El incumplimiento de este requisito produce un incremento hasta del 50% de Coaseguro para el procedimiento o cirugía no evaluado por la Compañía. Los Gastos Médicos Hospitalarios incurridos en el extranjero fuera de Centroamérica, se reembolsarán cuando el Asegurado o Dependiente haya sido remitido por el Médico de cabecera a recibir tratamiento en el exterior por no poder ser realizado dentro del país, el cual deberá ser autorizado por la Mapfre Seguros Honduras.

En caso de realizar este tratamiento en EEUU deberá remitirse a un Hospital de la Red de La Compañía, de lo contrario la cuenta será ajustada a los costos de un hospital de la red de similar tamaño y calidad.

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 CINCUENTA POR CIENTO (50%).

III. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

1. **MEDICOS Y/O CIRUJANOS Y AYUDANTES:** Honorarios por intervención quirúrgica, de acuerdo a lo establecido en la tabla de Honorarios Médicos aplicada por la compañía.

2. Los honorarios por consultas médicas postoperatorias quedarán comprendidas en la cantidad pagada por concepto de honorarios quirúrgicos.

Por concepto de ayudantes en cirugía, solamente será reconocida la participación de un ayudante, cuyos honorarios serán equivalentes al 30% del valor que corresponde al cirujano principal.

3. **HONORARIOS DE MEDICOS QUIROPRACTICOS:** Siempre y cuando sean recomendados por el médico tratante y estos cuenten con cédula profesional.

4. **CONSULTAS Y VISITAS MEDICAS:** Honorarios por consulta médicas en consultorio a razón de una consulta o visita médica por día, siempre que no sean familiares del Asegurado y sea un medico

debidamente autorizado para ejercer la medicina, Máximo 5 visitas por una misma incapacidad. De acuerdo a los siguientes límites:

Medico General L. 500.00

Medico Especialista L. 700.00

Sujeto a coaseguro y deducible.

5. HOSPITAL O SANATORIO: Gastos por internamiento del Asegurado de Acuerdo al accidente o enfermedad que se presente, presentados por: cuarto sencillo privado con baño, alimentos del paciente, gastos de anestesia y o otros gastos inherentes al tratamiento médico.

6. SERVICIOS DE DIAGNOSTICO: Gastos por exámenes de laboratorio y/o gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiogramas, ultrasonido, encefalogramas, o cualquier otro indispensable para el diagnóstico o tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierto.

7. SALA DE OPERACION: Gastos de sala de operaciones, cuidados intensivos y sala de recuperación.

8. ANESTESISTA: Honorarios hasta por un 34% de los honorarios del cirujano que corresponden a la intervención quirúrgica que se trate.

9. ENFERMERA: Honorarios de acuerdo a lo que establezca esta Póliza, cuando el paciente requiera de cuidados especiales, con un máximo de tres turnos por día, dentro del hospital.

10. MEDICAMENTOS: Los adquiridos por el Asegurado fuera del Hospital o Sanatorio, necesarios para el tratamiento del Accidente o Enfermedad y que hayan sido prescritos por los médicos tratantes y se presente la factura de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.

11. TRANSFUSIONES DE SANGRE: Gastos originados por transfusiones de sangre, aplicación de plasma sueros u otras sustancias semejantes (excepto análisis de donador).

12. CONSUMO DE OXIGENO: Gastos originados por uso de oxígeno, dentro de un hospital.

13. SERVICIOS DE TERAPIA: Gastos por tratamiento con terapia radioactiva, física, radioterapia, fisioterapia, quimioterapia y otras similares.

14. SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE Y AREA: Gastos hacia o desde el hospital, siempre que el traslado sea necesariamente en ambulancia debido al estado de salud del asegurado.

AMBULANCIA TERRESTRE EN C.A. Lps. 6,000.00 anuales por grupo familiar, sujetos a coaseguro y deducible en C.A.

AMBULANCIA AREA INTERNACIONES Lps. 80,000.00 anuales por grupo familiar, sujeto a coaseguro y deducible en el extranjero.

15. TRANSPLANTES: Gastos para efectuar el trasplante de un órgano al asegurado con un beneficio máximo de Lps. 300,000.00 sujeto a coaseguro y deducible.

16. TRATAMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS DE CARACTER RECONSTRUCTIVO: No estético, que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente cubiertos en este Contrato.

17. TRATAMIENTOS Y/O PROTESIS DENTALES: Los tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando se presente radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del Accidente y debe ser evaluado por el medico filtro de la compañía.

18. CONTROL DE NIÑO SANO: Los cuidados del bebé a partir del 14 día de su nacimiento siempre que la madre se encuentre asegurada bajo la cobertura de maternidad y haya cumplido con el período de espera establecido, es decir, El Menor deberá haber nacido bajo la cobertura de maternidad, y el titular debe solicitar a la compañía su inclusión a la póliza cumpliendo con las políticas y requisitos de asegurabilidad que establezca la Compañía.

Cobertura hasta la edad de 6 (seis) años: Consultas Medicas, Vitaminas y las vacunas: Hepatitis A, Hepatitis B, DPT, Polio, PPR, Rotavirus

19. CUIDADO CRITICO NEONATAL: Cobertura de cuidado critico neonatal siempre que la madre haya pasado el periodo de espera por maternidad y se encuentre asegurada en la categoría con maternidad. Cobertura hasta Lps. 150,000.00 de gastos elegibles, de acuerdo a la cláusula de lo justo razonable y acostumbrado, sujeto a coaseguro y deducible, por las siguientes condiciones:

1. Enfermedades contraídas al momento de nacer.
2. Defectos Congénitos que requieran cirugía o tratamientos especiales.
3. Parto Prematuro.

El limite de Lps. 150,000.00 representa la cantidad máxima (sujeto a coaseguro y deducible) a cubrir por las condiciones arriba detalladas, el recién nacido podrá ser elegible a la cobertura de gastos médicos a partir del día 14 de su nacimiento previa presentación de pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la compañía.

Los gastos médicos pagados por cuidado crítico Neonatal serán disminuidos del máximo vitalicio del recién nacido siempre que sea elegible e incluido a la póliza, de lo contrario, dichos gastos serán disminuidos del máximo vitalicio de la madre.

20. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA DE 10 MESES

Maternidad incluye; parto normal, operación cesárea o aborto legal, practicado a la cónyuge o asegurada Titular, con un período de espera de 10 (diez) meses dentro de la vigencia de la póliza. (Ver anexo: Beneficio de Maternidad).

Únicamente se cubrirán embarazos que inicien después de 10 meses de cobertura continua, siempre que esta cobertura sea especificada en el cuadro de beneficios.

21. ESTARAN CUBIERTOS A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO QUE SIGUE A LA FECHA DE ALTA DE CADA ASEGURADO LOS GASTOS RESULTANTES DE:

- Procedimientos y tratamientos quirúrgicos del aparato genital femenino (útero o sus anexos).
- Fibromas
- Del piso perineal
- Operaciones del ojo, la nariz y/o senos paranasales serán cubiertos únicamente a consecuencia de un Accidente.
- Padecimiento de glándulas mamarias
- Hemorroides, fístulas, y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Amigdalectomias y adenoidectomía
- Hernias (incluyendo las de disco), eventración
- Cálculos renales
- Cálculos biliares
- Histerectomías
- Asma
- Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores

- Enfermedades mentales. Sólo cubiertos gastos por hospitalización, hasta un 20% del máximo vitalicio (se excluyen los trastornos alimenticios: Anorexia, Bulimia y sus consecuencias)

- Enfermedad Fibroquística de Mama

- Artritis.

- Enfermedades Cardiovasculares y sus complicaciones

Angiografía

Angioplastia .

-Enfermedades cerebro vasculares y sus complicaciones.

-Padecimientos preexistentes.

22.- ESTARAN CUBIERTOS A PARTIR DEL TERCER AÑO.-

-Cáncer de cualquier tipo y sus complicaciones.

23. ESTARAN CUBIERTOS A PARTIR DEL CUARTO AÑO QUE SIGUE A LA FECHA DE ALTA DE CADA ASEGURADO LOS GASTOS RESULTANTES DE:

- SIDA con un 50% del Máximo Vitalicio.

IV. EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre los gastos de estudio y/o tratamientos médicos y quirúrgicos o cualquier beneficio a causa de:

A) No son medicamentos necesarios para la recuperación y conservación de la salud.

- Servicios de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, o gestión administrativa en Hospitales, dentro o fuera del país.

- Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.

- Florería, teléfono, gratificaciones, etc.

- Donativos a instituciones que proporcionen servicios médicos.

B) Por la naturaleza de la Póliza

- Cualquier gasto por tratamiento recibido con anterioridad a la fecha de vigencia del presente Contrato o después de la terminación del mismo, haya ocurrido o no la Enfermedad o la lesión por Accidente durante la vigencia del Contrato.

- Tratamientos e Intervenciones quirúrgicas en Instituciones en las cuales el Asegurado tenga derecho a atención gratuita.

- Cualquier tratamiento que se encuentre sujeto a un periodo de espera o preexistencia, el cual no haya expirado.

- Cualquier enfermedad preexistente y no declarada en la solicitud aunque haya pasado el periodo de espera o preexistencia estipulado en la póliza, la omisión de información en la solicitud de seguros le da el derecho a la compañía de seguros a cancelar la póliza del asegurado.

- Cualquier gasto médico presentado a la compañía después de tres meses de la fecha de prestación de servicios.

- Tratamientos médicos por parte de un miembro familiar.

- Cualquier saldo de cargos y honorarios superiores al estipulado en la tabla de honorarios médicos aplicada por la compañía, para tratamientos médicos o quirúrgicos.

- Para el tratamiento de problemas en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes craneomandibulares 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.

C) Debido a su alta incidencia:

- Curas de reposo, exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud, o check-up. (Exámenes de rutina)

- Anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, y estrabismo. Tampoco se cubre queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.

- Aparatos auditivos.

- Compra o renta de zapatos ortopédicos.

- Dentales, alveolares, gingivales, para-dentales o de ortodoncia, máxilofaciales y sus complicaciones, excepto cuando sean indispensables a consecuencia de un Accidente.

- Tratamiento médico o dental como resultado del síndrome de la coyuntura temporomandibular (TMJ), desórdenes craneomandibulares u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros tejidos relacionados con dicha coyuntura.

- Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para transformación sexual, disfunciones o insuficiencias sexuales.

- Esterilidad, control de la natalidad y sus complicaciones

- Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, reducción de peso u obesidad y delgadez sin causa orgánica.

- Tratamiento médico quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de la columna vertebral.

- Tratamiento médico o quirúrgico para corrección del pie plano, pie equino y hallux-valgus o "juanetes".

- Epidemias declaradas oficialmente por la secretaría o ministerio de salud.

- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica o estética de cualquier tipo. En caso de cirugía reconstructiva, se cubrirá cuando la intervención se realice dentro de los 90 días siguientes a partir de la ocurrencia de un Accidente, debidamente comprobado.

- Las vacunas.

- Vitaminas de cualquier tipo.

- Los tratamientos para el cuidado geriátrico. (Envejecimiento)

- Abortos por cualquier causa.

- Maternidad u operación cesárea para hijas dependientes.
- Tratamiento de la Enfermedad de Chagas, o cualquier complicación resultante de la misma.
- Circuncisión de tipo preventivo.

D) Previos a la contratación de la Póliza:

- Padecimientos Preexistentes. (Sujeto al período de espera, siempre que sean declarados en la solicitud y aceptadas por la compañía)
- Malformaciones y padecimientos congénitos.
- Estrabismo.
- Aparatos ortopédicos y prótesis por cualquiera que sea la naturaleza y/o causa.
- Tratamiento médico o quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.

E) 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 tales como:

- Los realizados por acupunturistas, naturistas, vegetarianos y homeópatas. Así como el tratamiento médico o quirúrgico en base a hipnotismo.
- Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño, aprendizaje.
- De naturaleza experimental o de investigación.
- Tratamientos en centros Spa e hidroclínicas, entre otros.

F) Lesiones o afecciones por la involucración voluntaria del Asegurado que resultan en agravación del riesgo; así como sus consecuencias y tratamientos.

- Accidentes y/o padecimientos a consecuencia de alcoholismo, estado de ebriedad y/o toxicomanía.
- Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- Actos delictivos intencionales o peleas callejeras en los que participe directamente el Asegurado (Homicidio intencional, riñas, etc.)
- Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución rebelión, huelgas y alborotos populares.
- Práctica profesional de cualquier deporte.
- Práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos, tales como: buceo, montañismo, alpinismo, tauromaquia, artes marciales, esquí (ski) de cualquier tipo, cacería, box, espeleología, hockey, rapel, lucha libre, lucha grecorromana, go-karts, motociclismo terrestre o acuático y cualquier tipo de deporte aéreo. (planeadores, vuelcos delta, etc.).
- Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
- Uso de motocicletas y/o motonetas.
- Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas aéreas comerciales legalmente establecidas y autorizadas para el servicio de la transportación regular de pasajeros.

G) Lesiones o afecciones por eventos extraordinarios.

-Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares.

-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.

- Epidemias declaradas.

V. GENERALIDADES

CONTRATO:

La solicitud de inscripción del titular y sus dependientes, las declaraciones contenidas en ella, y las manifestaciones que se hicieron o haga el médico examinador, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las excepciones o exclusiones que se hagan en ella, los Anexos, Aditamentos y Endosos que se le adhieran, constituyen el Contrato de Seguro - en adelante Póliza o Contrato- entre el Contratante y la compañía de seguros y a él estarán sujetas las partes y los dependientes asegurados.

Por lo anterior, cualquier equivocación, omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las manifestaciones hechas por el(los) asegurado(s), eximirán a la compañía de seguros de toda obligación con relación a esta Póliza.

VIGENCIA: Salvo pacto en contrario, la vigencia de este Contrato será de un año entrando en vigor desde la fecha estipulada en la carátula de la Póliza.

El periodo de vigencia es el que se indica en las condiciones particulares del presente aditamento y vencerá a las doce horas del medio día que se indica en la fecha de vigencia. El cual podrá ser renovado con el consentimiento de la compañía por periodos adicionales y sucesivos de un año.

RENOVACION: Este seguro podrá ser renovado por periodos de un año, a solicitud del Asegurado o Contratante dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo.

CANCELACION: Cualquiera de las partes tendrán el derecho de dar aviso por escrito a la otra de su voluntad de dar por terminado el Contrato, con 30 días de anticipación.

TERMINACION: El seguro terminará automáticamente para cada Asegurado:

a) Cuando dentro de la vigencia de la Póliza, el total de las indemnizaciones hayan agotado la Suma Asegurada, por la aplicación de dicha cantidad a uno o más Accidentes o Enfermedades sufridos por el mismo.

b) Por muerte del Asegurado.

c) Cuando un Asegurado pierda la calidad de Dependiente

d) En caso de que el pago de la prima no se efectúe oportunamente.

c) Cuando el titular de la póliza dejara de ser elegible.

MODIFICACIONES AL CONTRATO: Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá solicitar la rectificación correspondiente dentro de los 30 días siguientes al inicio de la vigencia del seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

NOTIFICACIONES: Cualquier reclamación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato, deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio social, que aparece en la carátula de la póliza.

OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS: El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar a la Compañía, de acuerdo a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

OCUPACION: Inmediatamente a un cambio de ocupación de alguno de los Asegurados, se deberá de avisar por escrito a la Compañía para que esta proceda a los ajustes de prima. De no dar aviso y en caso de siniestro la Suma Asegurada se reducirá proporcionalmente.

PERIODO DE GRACIA: En el caso de renovaciones, el Contratante y/o Asegurado gozarán e un periodo de espera de 30 días para efectuar el pago de la prima. Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que expire el período de gracia, esta Póliza y todos sus beneficios terminarán en la fecha original de vencimiento de la prima.

REHABILITACION: el Contratante y/o Asegurado podrán rehabilitar la Póliza al efectuar durante los 30 días siguientes al período de gracia, el pago de la prima correspondiente, siempre y cuando el (los) Asegurado (s) cumplan con los requisitos de asegurabilidad solicitados por la Compañía y siempre que la compañía lo apruebe

El lapso comprendido entre el último día del periodo de gracia y la fecha de pago quedará al descubierto.

PRIMA: La Prima de esta Póliza es la Suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación o renovación de la Póliza, la edad y el sexo de cada Asegurado.

El pago de la prima correspondiente en o después de la fecha efectiva de la póliza o de la renovación de cualquier año, se considerara como aceptación de las condiciones generales y particulares de la póliza y de cualquier modificación en su renovación

MONEDA: Todos los pagos a que se refiere este Contrato serán hechos en Lempiras de acuerdo a la ley monetaria vigente.

FORMA DE PAGO: Anual.

EDAD: El Asegurado Titular deberá de ser mayor a 21 años de edad. La Compañía no aceptará el ingreso a está Póliza a personas mayores de 64 años.

La cobertura se extiende al Asegurado titular y cónyuge hasta los de 75 años de edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, se procederá de la siguiente forma:

a) Si la edad real se encuentra fuera de los límites establecidos por la Compañía, el seguro dejará de surtir efecto y se reintegrará al Asegurado o Contratante el 70% de la prima que hubiere pagado en el periodo del seguro en curso, siempre y cuando no haya presentado reclamos.

b) Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, la Compañía reembolsará el 70% de la prima que en exceso hubiere pagado el Asegurado o Contratante, dentro del período de seguro en curso.

c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, en caso de alguna reclamación la obligación de la Compañía para con el Asegurado será igual a la que la prima pagada hubiera podido comprar de acuerdo a la edad real.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso, habrá la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas sobre la edad del Asegurado.

La cobertura cesará automáticamente a las 12:00 horas meridiano del día en el que el asegurado principal o sus dependientes alcancen la edad máxima de permanencia en la póliza. El Contratante y/o asegurado solo tendrán derecho a la devolución de la prima que por dichos asegurados hubiese pagado en el año póliza siempre que la compañía no haya efectuado el pago de reclamos.

AVISO DE SINIESTROS: Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

RECLAMACION DE SINIESTROS: En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondientes que para el efecto se le proporcionen (Declaración del Siniestro, Informe Médico y otros), así como los comprobantes originales de los gastos a indemnizar, que deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las Leyes y Reglamentos vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente. 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 máximo de tres (3) meses para ejercer su derecho de solicitar el reembolso de los gastos incurridos de acuerdo a los términos de la póliza.

Es entendido y convenido que una vez caducado el contrato de seguro, la compañía otorgara treinta (30) días después de la fecha de vencimiento para presentar los reclamos que hubiesen quedado pendientes de pago, siempre y cuando dichos siniestros pertenezcan a la vigencia de la póliza vencida.

PAGO DE INDEMNIZACION: La indemnizaciones que resulten conforme al presente Contrato serán liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en la que la Compañía reciba los documentos e informaciones relacionados con el siniestro que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas al Asegurado Titular en las oficinas de la Compañía, o a quien éste haya designado mediante carta poder.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la Enfermedad o lesión, y de que el Asegurado se encuentre internado en el Hospital así como la comprobación de los gastos realizados. El asegurado autoriza a todos los Hospitales y a todos los médicos que lo hubieren tratado para dar información a la Compañía o persona designada por ésta y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la Compañía a costa de la misma para la comprobación del diagnóstico. Si el Asegurado no se sometiese a los reconocimientos mencionados perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

PAGO DIRECTO: En caso de utilizar la red de Médicos y Hospitales de la Compañía, éste podrá optar por el pago directo a los mismos.

PARTICIPACION DEL ASEGURADO: Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por esta Póliza, los gastos se ajustarán a los límites estipulados en la carátula, cláusulas y endosos de la presente Póliza. Los reembolsables se sumarán y al total de estos se restará la cantidad de Deducible especificado en la carátula, del importe así determinado se descontará el porcentaje del Co-Aseguro señalado en la carátula de la misma. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Co-Aseguro será la participación total del Asegurado.

EXENCION DE OBLIGACIONES

La Compañía quedará desligada de sus obligaciones si:

- a) Se omite la declaración del siniestro y el Informe Médico a fin de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b) Se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro, o se niega la autorización para obtener la información de otras fuentes.
- c) No se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro.

DOLO O FRAUDE: El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado o la omisión dolosa o culpas en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Compañía para pedir la rescisión del Contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable. Los efectos de la sentencia se retrotraen al momento de la presentación de la demanda.

PERITAJE: En caso de desacuerdo entre el asegurado y la Compañía acerca de importe de cualquier siniestro cubierto por esta póliza, el caso será sometido exclusivamente para ese objeto, a dictamen de un perito nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes.

CLAUSULA ARBITRAL

CUALQUIER CONTROVERSIA O CONFLICTO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ESTE CONTRATO, YA SEA DE SU NATURALEZA, INTERPRETACION, CUMPLIMIENTO, EJECUCION O TERMINACION DEL MISMO, SE RESOLVERA MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE ARBITRAJE, DE CONFORMIDAD CON EL REGLAMENTO DEL CENTRO DE CONCILIACION Y ARBITRAJE DE LA CAMARA DE COMERCIO E INDUSTRIA DE TEGUCIGALPA.

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE SEGUROS DE PERSONAS

COBERTURA SIN DEPENDIENTES.

COBERTURA DE MATERNIDAD //NO AMPARADA//

ANEXO 2

1. SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA

El servicio de asistencia médica cubre al asegurado principal y sus dependientes elegibles e inscritos en la póliza.
CALL CENTER 2216-2550

2. SERVICIOS

2.1 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: A solicitud del Asegurado o sus familiares cubiertos por este servicio, proporcionará a través de su Centro de Llamadas asesoría médica las 24 horas, los 365 días del año con el objeto de proporcionar orientación médica y técnica en tiempo real para temas relacionados con la salud; es decir brindará asistencia telefónica con primeros auxilios en urgencias medicas, información sobre medicamentos en cuanto a reacciones adversas, efectos secundarios o contraindicaciones, cuidados de niños y orientación materno infantil, asesoría sobre pruebas diagnósticas y la valoración de necesidad de traslados en ambulancia, consultas a domicilio o con especialistas de la red, así como información sobre hospitales, centros médicos asistenciales, de emergencia, farmacias y laboratorios de red.

Esta Orientación Médica puede ser solicitada por el asegurado cuantas veces lo necesite a la hora que lo requiera ya que es sin límite de eventos, siempre y cuando lo haga por medio del Call Center.

2.2 VISITA MEDICA A DOMICILIO POR EMERGENCIA: Se coordinará a través de su Centro de Llamadas el envío de un médico al domicilio del asegurado. Este médico será asignado por el PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA, y autorizado exclusivamente por el médico que atienda la asistencia médica en el Centro de Llamadas.

Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados no están cubiertas.

El límite máximo de cobertura por este concepto es de cuatro visitas por núcleo familiar con un límite económico de \$ 40.00 USD por cada una.

En casos, en los que el lugar de domicilio del asegurado sea una zona considerada de alto riesgo, es decir que pueda poner en peligro la seguridad del médico, como ser barrios o colonias conocidas como zonas de "maras" o pandillas, el PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA, no está obligado a prestar dicho servicio. El PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA, podrá asistir al asegurado para que lo puedan recibir en un hospital o centro médico asistencial de la red.

2.3 TRASLADO MEDICO EN AMBULANCIA El PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA, coordinará a través de sus médicos en el Centro de Llamadas el envío de una ambulancia para el asegurado, cónyuge e hijos dependientes que residan en el domicilio del titular y figuren como sus dependientes en la póliza emitida. Dicho envío podrá ser al domicilio del asegurado, centro de trabajo del mismo, escuela de sus hijos o en carretera cuando se trate de accidente automovilístico para brindarle asistencia y el traslado medico de emergencia al centro medico u hospital calificado mas cercano, ya sea que el requerimiento sea por atención estable o atención crítica.

El límite máximo de cobertura por este concepto es de cuatro traslados por núcleo familiar con un límite económico de \$ 200.00 USD por traslado.

Los envíos de ambulancia en otras circunstancias fuera del enunciado anterior no están cubiertos por el servicio de asistencia médica. El envío de ambulancia a escuelas de hijos dependientes del asegurado se realizará únicamente con la autorización de uno de los padres. El PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA, deberá recibir la llamada del padre o madre y no de la escuela o lugar donde se encuentre el menor para enviar la ambulancia.

Si en un determinado momento el asegurado necesita un traslado médico fuera de las ciudades asignadas con cobertura se le brindará el servicio y el kilometraje recorrido si este excediera de USD 200.00 será por cuenta del asegurado a tarifa preferencial.

En casos, en los que el lugar de domicilio del asegurado sea una zona considerada de alto riesgo, es decir que pueda poner en peligro la seguridad de los médicos que acompañen la unidad de ambulancia, como ser barrios o colonias conocidas como zonas de "maras" o pandillas, el PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA no está obligado a prestar dicho servicio. El PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA podrá asistir al asegurado para que lo puedan recibir en un hospital o centro médico asistencial de la red.

2.4 CONSULTA EXTERNA EN CLÍNICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: Para consultas externas en las ciudades de San Pedro Sula y Tegucigalpa se pone a disposición de los asegurados clínicas de atención primaria con médicos generales que incluye los medicamentos para iniciar un tratamiento. 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.

Tegucigalpa:

1. Centro Médico Caribe Honduras, Plaza Morazán frente a Mall El Dorado, Blvd. Morazán, TGU.

San Pedro Sula:

1. Centro Médico Caribe Honduras, Edificio Plaza Belén Local # 1, Barrio Suyapa, 14° Avenida, 10° Calle, SW, SPS.

PREVIA COORDINACIÓN POR MEDIO DEL CALL CENTER 2216-2550

2.5 SERVICIO DE CONEXIÓN CON LA RED DE PROVEEDORES. EL PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA 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 MEDICA 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 queda entendido y convenido que este servicio es brindado por MAPFRE SEGUROS HONDURAS, S.A. en forma gratuita, por esta razón la compañía previa notificación a sus asegurados, se reserva el derecho de suspender dicha cobertura en cualquier tiempo o momento de la vigencia de la póliza.

ANEXO 3

LIMITES DE COASEGURO PARA HOSPITALIZACIONES POR EVENTO DENTRO DE CENTRO AMERICA.

Limite de coaseguro: Lps. 40,000.00

Después de aplicar el deducible la compañía reembolsara el 80% de los primero Lps. 200,000.00 de gastos elegibles y el excedente al 100%.

Condiciones Especiales:

1. Este límite aplica únicamente en casos de Hospitalizaciones mayores a 24 horas.
2. No se consideran para el límite de coaseguro los gastos médicos incurridos y pagados por la compañía a causa de maternidad.
3. No se consideran para el límite de coaseguro los gastos médicos incurridos y pagados por la compañía a causa de enfermedades psiquiátricas o psicológicas.
4. No se consideran para el límite de coaseguro los gastos médicos incurridos fuera de Centro América (Honduras, Nicaragua, El Salvador, Guatemala Costa Rica).

FIRMA AUTORIZADA