


MAPFRE
HONDURAS

POLIZA COLECTIVA
PLAN DE GASTOS MEDICOS MAYORES

POLIZA COLECTIVA	FECHA DE VIGENCIA	FORMA DE PAGO	FECHA DE ANIVERSARIO VENCIMIENTO
No. 1-1642-0	01/12/2011	TRIMESTRAL	01/12/2012

PATRONO O EMPRESA CONTRATANTE

PODER JUDICIAL

DOMICILIO: TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZAN

Fecha de Emisión

21/11/2011

MAPFRE SEGUROS HONDURAS, S.A., del domicilio de Tegucigalpa, M.D.C., quien en lo sucesivo se denominará "La Compañía", al recibir las pruebas fehacientes del caso, se compromete a pagar los beneficios que constan en el Cuadro de Seguro de este documento, en lo que respecta a cada Asegurado, que se halle con derecho a tales beneficios, de acuerdo y con sujeción a las estipulaciones de esta póliza.

Esta Póliza se le expide al Contratante tanto en consideración a la solicitud como a los consentimientos individuales de los Empleados Asegurados de éste, si los hubiere, y al pago de las primas que se consignan en este documento, para que entre en vigor en la fecha de vigencia de la Póliza estipulada en el encabezado.

La primera prima vencerá y deberá pagarse en la fecha de inicio de la Póliza y las primas subsiguientes vencerán y deben pagarse VER EN EL ENCABEZADO de allí en adelante mientras esta Póliza se halle en vigor.

Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte de la Compañía o del Contratante, se harán en las oficinas de la Compañía. Esta Póliza se expide y se acepta en el entendido de que queda sujeta a las condiciones expuestas en esta página y en las subsiguientes de éste documento.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, la Compañía emite la presente Póliza por duplicado, siendo un ejemplar para el Contratante y otro para el Archivo de la Compañía, en la Ciudad de TEGUCIGALPA, M.D.C., República de Honduras, VER FECHA EN EL ENCABEZADO.

Beneficios no Contratados

POR EL CONTRATANTE

Firma Autorizada



MAPFRE SEGUROS HONDURAS S.A.

Firma Autorizada



SEGURO DE SALUD COLECTIVO
ESPECIFICACIONES DEL ADITAMENTO
PODER UDICIAL
POLIZA No. 1619
VIGENCIA: 01/12/2011 al 01/12/2012

II) SEGURO COLECTIVO MEDICO HOSPITALARIO

A) Condiciones del Beneficio de Diagnóstico, Tratamientos y/o Curación resultante de una enfermedad, lesiones, y/o por accidente.

- 1 En los casos de condiciones preexistentes, ya sea que el Asegurado Titular y/o sus Dependientes Económicos, tengan conocimiento o no de ellas, estarán cubiertos desde el primer día de ingreso al seguro, las veinticuatro (24) horas del día, dentro y fuera su ocupación. Esto aplica para el Grupo asegurado existente, como también para los que ingresen dentro de la vigencia de la póliza, ya sea que tengan o no pre-existencias.

Tampoco aplicará período de espera en ningún caso; es decir la cobertura es total e inmediata desde el primer día que se ingrese a laborar al Poder Judicial, **haya sido o no notificada la compañía aseguradora, o sea que la cobertura tendrá retroactividad a partir del día que el empleado o funcionario tome posesión del cargo.**

2. No podrá la Compañía Aseguradora, por el monto del cobro, decidir unilateralmente sobre los honorarios médicos o suministro de medicamentos; en todo caso esta situación deberá ser dilucidada entre el Director Médico de la Compañía Aseguradora y él o los médicos que atendieron al paciente.- De no atender la Compañía lo antes descrito, será tomado como causa de incumplimiento de la Póliza.

Todo rechazo del tratamiento indicado por el Médico Especialista tratante, el Director Médico de la Compañía Aseguradora, buscará una tercera opinión con un Médico Especialista en el ramo. En caso de conflicto el Poder Judicial se reserva el derecho de consultar dicho diagnóstico, teniendo la Compañía Aseguradora que asumir el costo.

3. Presentar una lista de la Red de Odontólogos a nivel nacional con un mínimo de 6 odontólogos en las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula y 2 en cada una de las cabeceras Departamentales, las clínicas deberán estar ubicadas en lugares de fácil acceso y fuera de zonas de



riesgos, debiendo contar con equipo y personal adecuado para la prestación del servicio.- (La compañía que no cuente de inmediato con esta red se le dará veinte (20) días calendario para formarla en Tegucigalpa y San Pedro Sula, y para el resto del País se otorgarán cuarenta y cinco (45) calendario días para formar dicha Red de Odontólogos).

La Comisión de Evaluación de Ofertas realizará inspecciones en los centros Odontológicos indicados por el oferente en su oferta, de igual manera durante la vigencia de la póliza. El Poder Judicial se reserva la potestad de solicitar el retiro del profesional que no reúna las condiciones de ubicación seguridad, salubridad y atención al usuario. Asimismo El Poder Judicial tendrá la potestad de incluir dentro de la Red de Odontólogos a los que estime conveniente.

Cuando, a requerimiento de la Aseguradora adjudicataria, el Asegurado deba desplazarse del lugar de su domicilio, a otro Municipio del País, para revisión de un Odontólogo Filtro (de la Red), del trabajo realizado por un Odontólogo que no es de la Red, el adjudicatario asumirá los costos de transporte, razonables y acostumbrados, por tal desplazamiento.

4. En la cobertura de seguro médico hospitalario, queda entendido, que los gastos que normalmente se conocen con el nombre de servicio central, y que son usados en el tratamiento médico suministrado, serán cubiertos.
5. Toda reposición de carnét de seguro medico hospitalario, deberá emitirse sin costo para el contratante excepto por causa imputable al empleado asegurado, quien asumirá el costo respectivo.
6. La Aseguradora deberá fundamentar, **puntualmente**, cualquier rechazo de gastos médicos que considere no razonables.
7. Todos los gastos reembolsados en concepto de seguro médico y odontológico, deberán ser de conformidad al último arancel vigente de la RED HONDUREÑA DE SERVICIOS DE LA SALUD (REDHSA), y arancel Odontológico respectivamente, mismos que deberán presentarse en la Oferta como parte íntegra de la misma.
8. Se deberá proporcionar una red hospitalaria, farmacias, laboratorios y médicos generales y especialistas a nivel nacional, como mínimo en las siguientes ciudades: Tegucigalpa, San Pedro Sula, El Progreso, La Ceiba, Santa Rosa de Copán, Choluteca, Juticalpa y Roatán a efecto de facilitar las atenciones médicas hospitalarias en casos de urgencias, que garantice la pronta y efectiva prestación de los servicios médicos.



9. Coordinación de beneficios, aun cuando las pólizas estén en la misma Compañía.

El Plan que cubra al asegurado como empleado (asegurado(a) directo(a)) determinará sus beneficios antes que el plan que lo cubra como dependiente.

10. Ambulancia profesional terrestre o aérea según sea el caso, desde lugar del accidente o enfermedad hasta un hospital equipado para brindar la atención necesaria al Paciente.

11. Cobertura para hijos Dependientes Económicamente: Deberán comprobar mediante Constancia emitida por el Centro de Estudios, Universidad, etc. Que son Estudiantes a Tiempo Completo, Solteros, y sin Compromisos de Cónyuge, Compañera de Hogar y/o hijos”.

- i. Inmediatamente al nacer hasta los veintitrés (23) años, extendiéndose hasta los veinticinco (25) años con hoja de matricula de universidad.
- ii. Inmediata para recién nacidos antes o después de salir del hospital esté en un hospital de la red o un hospital privado, incluyendo todos los servicios necesarios para la atención del paciente hasta el máximo vitalicio contratado, a condición que ocurra lo siguiente:
 - Enfermedades contraídas al momento de nacer.
 - Defectos congénitos que requieran cirugía o tratamientos especiales.
 - Parto prematuro.
 - Cualquier otra condición médica que amerite atención antes o después de salir del hospital.

Las cuatro (4) coberturas antes descritas deben extenderse a cubrir a los hijos de las empleadas que conciban siendo solteras.

12) La cobertura de los dependientes económicos, sea cónyuge , hijos o núcleo familiar, serán las mismas que goza el titular del seguro.

B) EXTENSION TERRITORIAL DE LA COBERTURA

- ♦ Cobertura Centroamericana Panamá y Belice Plan A
- ♦ Cobertura Mundial Plan B

PLAN A (COBERTURA C.A. / PANAMA Y BELICE)

Máximo Por Año Póliza

- Categoría "A" L. 750,000.00



♦ Categoría "B"	L. 1,000,000.00
♦ Categoría "C"	L. 1,500,000.00
Deducible en C. A. Panamá y Belice (Máximo tres por familia)	
♦ Categoría "A"	L. 800.00
♦ Categoría "B"	L. 1,300.00
♦ Categoría "C"	L. 2,000.00

Deducible fuera de C. A. N/A

Alojamiento y Alimentación en C. A. Panamá y Belice

♦ Categoría "A"	L. 1,000.00
♦ Categoría "B"	L. 1,000.00
♦ Categoría "C"	L. 1,000.00

Alojamiento y Alimentación fuera de C. A. N/A

Porcentaje de reembolso en C. A. Panamá y Belice

♦ Categoría "A"	80%
♦ Categoría "B"	80%
♦ Categoría "C"	80%

Porcentaje de reembolso fuera de C. A. N/A

Límite de Coaseguro en C. A. Panamá y Belice

♦ Categoría "A"	L. 15,000.00
♦ Categoría "B"	L. 25,000.00
♦ Categoría "C"	L. 25,000.00

Límite de Coaseguro fuera de C. A. N/A

Gastos Fúnebres

AMPARADA

♦ Categoría "A"	L. 45,000.00
♦ Categoría "B"	L. 45,000.00
♦ Categoría "C"	L. 45,000.00

**ATENCIÓN A PARTO**

AMPARADA

Para la atención de parto normal, cesárea, aborto legal y mal parto las coberturas serán las siguientes:

CATEGORIA	PARTO NORMAL	CESAREA	ABORTO LEGAL /MAL PARTO
Categoría "A"	L.25,000.00	L.30,000.00	L.20,000.00
Categoría "B"	L.25,000.00	L.30,000.00	L.20,000.00
Categoría "C"	L.25,000.00	L.30,000.00	L.20,000.00

Gastos por SIDA

AMPARADA

- ♦ Categoría "A" 50% sobre la suma asegurada
- ♦ Categoría "B" 50% sobre la suma asegurada
- ♦ Categoría "C" 50% sobre la suma asegurada

Reducción del Máximo Vitalicio

- ♦ Categoría "A" 50% al cumplir los 75 años
- ♦ Categoría "B" 50% al cumplir los 75 años
- ♦ Categoría "C" 50% al cumplir los 75 años

Extracción de cada Tercera Molar Impactada

AMPARADA

A

- ♦ Categoría "A" L. 4,000.00
- ♦ Categoría "B" L. 4,000.00
- ♦ Categoría "C" L. 4,000.00

PLAN B (COBERTURA MUNDIAL)

**Máximo Por Año Póliza**

- ♦ Categoría "D" y "E" L. 5,000,000.00

Deducible en C. A.

- ♦ Categoría "D" y "E" L. 2,500.00

Deducible fuera de C. A.

- ♦ Categoría "D" y "E" \$1,000.00

Alojamiento y Alimentación en C. A.

- ♦ Categoría "D" y "E" L. 900.00

Alojamiento y Alimentación fuera de C.A.

- ♦ Categoría "D" y "E" \$ 900.00

Porcentaje de reembolso en C. A.

- ♦ Categoría "D" y "E" 80%

Porcentaje de reembolso fuera de C. A.

- ♦ Categoría "D" y "E" 75%

Límite de Coaseguro en C. A.

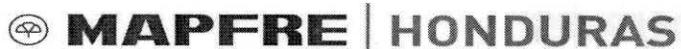
- ♦ Categoría "D" y "E" L.
35,000.00

Límite de Coaseguro fuera de C. A.

- ♦ Categoría "D" y "E" \$ 3,200.00

Gastos fúnebres

- ♦ Categoría "D" y "E" L. 45,000.00



ATENCION A PARTO

CATEGORIA	PARTO NORMAL	CESAREA	ABORTO LEGAL /MAL PARTO
Categoría "D" y "E"	L.25,000.00	L.30,000.00	L.20,000.00

Gastos por SIDA

- Categoría "D" y "E" 50% sobre la suma asegurada

Reducción del Máximo Vitalicio

- Categoría "D" y "E" 50% al cumplir los 75 años

Extracción de cada Tercera Molar Impactada AMPARADA

- Categoría "D" y "E" L. 5,000.00

C) DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS DEL SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

El asegurado gozará del beneficio de diagnóstico, tratamientos y/o curación resultante de una enfermedad o lesiones por accidente.

GASTOS CUBIERTOS

Para todas las categorías

El beneficio cubrirá los siguientes gastos:

1) Honorarios médicos, medicamentos y drogas recetadas por médico autorizado.

2) Consulta Médica dentro de Centroamérica, Panamá y Belice:

Medico General Lps. 600.00

Medico Especialista Lps. 900.00

Consulta Médica fuera de C. A.

Medico General \$250.00

Medico Especiales \$350.00



- 3) Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, tomografías, ultrasonidos, resonancia magnética, electrocardiograma, encefalografía, endoscopia, suministro de prótesis y cualquier otro necesario para el diagnóstico y/o tratamiento del asegurado por enfermedad o lesionado accidentalmente.
- 4) El asegurado deberá pre-certificar todo examen de diagnóstico, cuando los costos de éste sean mayores de L.6,000.00 exceptuando las emergencias.
- 5) Alojamiento y alimentación en hospitales, cuidados intensivos, servicios de enfermería.
- 6) Aplicación de anestesia, intervenciones quirúrgicas, cirugía plástica para reconstruir lesiones accidentales, cirugía maxilar.
- 7) Fisioterapia, sala de operaciones, suministros hospitalarios, oxígeno, transfusiones de sangre, plasma, suero y otras sustancias similares.
- 8) Uso de equipos especiales; pulmón mecánico, hemodiálisis, cama especial, silla de ruedas, equipo para tratamiento de parálisis respiratoria, ambulancia, aparatos correctivos.
- 9) Así mismo, deberán estar cubiertos los gastos médicos que el grupo presente bajo las circunstancias siguientes:
 - 9.1 Atención por emergencias y urgencias medicas sin límite.
 - 9.2 Enfermedades comunes.
 - 9.3 Enfermedades congénitas.
 - 9.4 Enfermedades pre-existentes al inicio de la cobertura del Asegurado Titular y/o sus Dependientes, sea que tenga o no conocimiento de ellas.
 - 9.5 Gastos por maternidad dentro del periodo de gestación, entendiéndose que los mismos no incluyen el resultado de parto, parto normal, cesárea, mal parto o aborto, ya que dentro de los Planes A y B esta especificado el monto a cubrir por atención a parto, las complicaciones serán tratadas como cualquier otra enfermedad.
 - 9.6 Los exámenes de rutina de ojos y oídos.
 - 9.7 Gastos dentales ocasionados por accidente.
 - 9.8 Cualquier tratamiento de la enfermedad de chagas o cualquier complicación resultante de la misma.



9.9 Gastos por todo tipo de problemas dermatológicos y/o alérgicos.

9.10 Cualquier gasto por medicamentos o exámenes en instituciones Estatales, cuando los mismos no puedan ser suministrados por carecer de ellos.

9.11 Control de Niño sano y crecimiento, todas las vacunas y vitaminas, hasta el cumplimiento de los siete (7) años de edad.

9.12 Gastos Fúnebres para dependientes por la cantidad de Quince Mil Lempiras (L.15, 000.00).

9.13 Atención Pediátrica para recién nacido (sala cuna, pediatra, etc.) Cinco Mil Lempiras (L.5,000.00).

9.14 Desórdenes Nerviosos

9.15 Gastos siquiátricos, stress y otros

9.16 Cáncer

9.17 Sida

9.18 La cobertura básica del seguro colectivo medico hospitalario, abarcará siniestros ocurridos, en conmociones civiles, motines, disturbios públicos, riñas, huelgas y cualquier otra actividad similar siempre y cuando la participación del asegurado directo y/o dependiente económico sea circunstancial y no como sujeto activo en los eventos antes descritos.

La Compañía de Seguros se compromete a reembolsar los gastos médicos en un periodo máximo de diez (10) días calendario impostergables, después de la presentación de la documentación del reclamo.

El tiempo máximo para presentar un reclamo será de noventa (90) días calendarios.

D) Oferta Alternativa

Esta cláusula será válida únicamente para la oferta alternativa sin alterar la oferta básica, de no presentarla no será un obstáculo ni motivo de descalificación.

Proporcionar un médico permanente en un solo turno comprendido de 10:00 a.m. a 4:00 p.m. en el Palacio de Justicia de la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, que brinde asistencia médica a los funcionarios y empleados del Poder Judicial. La compañía adjudicada deberá proporcionar implementos y logística necesarios para una atención medica primaria. El Poder Judicial se compromete únicamente a proporcionar un espacio físico adecuado para tal fin.

III) PLAN DENTAL



La cantidad total de los Beneficios de Gastos Dentales pagaderos a cualquier individuo Asegurado debido a cargos por Gastos Dentales no excederán el máximo siguiente:

Máximo a reembolsar por año Póliza Treinta Mil Lempiras (30,000.00), por persona asegurada.

El Deducible para el Plan Dental seiscientos Lempiras (600.00) por año póliza.

IV) DISPOSICIONES VARIAS

A) CATEGORIAS SALARIO EN LEMPIRAS

01	A	10,000	CATEGORIA	"A"
10,001	A	30,000	CATEGORIA	"B"
30,001	A	60,000	CATEGORIA	"C"
60,001	A	90,000.00	CATEGORIA	"D"
90,001	A	En Adelante	CATEGORIA	"E"

B) RANGOS DE SALARIO

- L. 001.00 a 60,000.00 Aplica Plan "A"
(Cobertura Centroamericana Panamá y Belice).
- L. 60,001.00 o más Aplica Plan "B"
(Cobertura Mundial).

C) PRIMAS ANUAL POR DEPENDIENTES ECONOMICOS EN SEGURO MEDICO HOSPITALARIO PLAN A

Solo Cónyuge	<u>5,000.00</u>
Hijo (s)	<u>4,500.00</u>
Cónyuge e Hijos	<u>9,500.00</u>

D) PRIMA ANUAL PARA MAGISTRADOS (as) DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y SUS DEPENDIENTES ECONOMICOS PLAN B.

Asegurado Directo	14,000.00
-------------------	-----------



Solo Cónyuge	6,000.00
Hijo (s)	5,500.00
Cónyuge e hijos	11,500.00

E) RED DE HOSPITALES, FARMACIAS, MEDICOS ESPECIALISTAS Y LABORATORIOS

Pagando el empleado asegurado el 20 % del total de la factura de cualquier monto de los gastos elegibles.

Las compañías Aseguradoras deberán indicar el enlace por el cual se harán las coordinaciones para Tratamientos, Hospitalizaciones, Citas, Reservaciones, y demás temas relacionados cuando se vaya a realizar tratamientos fuera o dentro de Honduras. Y si disponen de una red de Proveedores Médicos en el exterior deberán manifestarlo, de igual manera.

F) SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA GRATUITA CENTROAMERICANA Y MUNDIAL SEGÚN COBERTURA

Las 24 horas del día para los asegurados y dependientes debidamente inscritos en la póliza, mediante Call Center, dando cobertura a todos los servicios prestados como ser:

- Orientación medica telefónica
- Visita médica a domicilio
- Servicios de ambulancia
- Consulta medica gratuita en consultorios establecidos de Tegucigalpa y San Pedro Sula

G) Las Compañías de Seguro deberán proporcionar el nombre del Reasegurador, o Reaseguradotes que amparan estos contratos de seguro, su dirección física, teléfonos, dirección Web, nombre, puesto y correo electrónico de la persona con la cual se puede confirmar la información. Además deberán indicar la calificación que tiene o tienen dichos reaseguradores, y el nombre de la empresa que le ha asignado la calificación.

POR EL CONTRATANTE

MAPFRE SEGUROS HONDURAS S.A.

FIRMA AUTORIZADA



FIRMA AUTORIZADA

CONDICIONES GENERALES
Póliza 1 GM 1642 PODER JUDICIAL

2102 - ADITAMENTO DE SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA MÉDICA

Emitida Por "Mapfre Seguros Honduras S.A." (Denominada aquí la Compañía de seguros).

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS acuerda por este medio que las siguientes estipulaciones, según modificadas o definidas bajo el adjunto Especificaciones del Aditamento de Seguro Colectivo de Asistencia Médica, referido aquí como "Especificaciones del Aditamento, formará parte de la póliza.

Cláusula 1 BENEFICIOS

La Compañía de Seguros reembolsará los necesarios, razonables y acostumbrados gastos médicos incurridos por los Asegurados por las clases de cuidados aquí descritos durante la continuación del Aditamento, sujetos a las disposiciones manifestadas en el Aditamento. Sin embargo, los beneficios estipulados en la Fecha Efectiva del Aditamento son sólo aquellos por los cuales la cantidad de beneficios se muestra en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento. CUALQUIER BENEFICIO POR EL CUAL NO APAREZCA CANTIDAD ALGUNA EN LAS ESPECIFICACIONES DEL ADITAMENTO NO ESTARA EN VIGOR CON FECHA DE LA FECHA DEL ADITAMENTO.

Cláusula 2 COBERTURA DE SEGURO

De acuerdo con las estipulaciones de la Cláusula 9 de la Póliza - Estipulaciones Generales, la cobertura de seguro aplicable a cada Empleado asegurado, se indicará en (c) cobertura de seguro - Especificaciones del Aditamento.

Cláusula 3 DEFINICIONES

"Asegurado" se considera se refiere a:

- 1.- Un Empleado que está asegurado bajo los términos y estipulaciones de este Aditamento, y;
- 2.- A un Dependiente asegurado, si los Dependientes de tales Empleados son elegibles bajo los términos de este Aditamento.

"Médico" significa solamente un doctor o cirujano que es doctor en medicina graduado de una universidad acreditada como tal, colegiado en el Colegio Medico 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 nuestros. 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.

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS: Se entenderán como tales aquellos cuyo monto o valor han sido fijados entre los prestadores de servicios médicos y la Compañía, en consideración a la naturaleza y calidad técnica de los servicios, a las características de las instalaciones y equipos hospitalarios respectivos y a las circunstancias de tiempo, lugar y costo de utilización,

siendo éstos gastos el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, bajo los que se rige la presente Póliza.

Por lo tanto, el monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta Póliza, no podrá 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.

"Incapacidad" significa una enfermedad que necesita tratamiento médico por un médico autorizado. Todos los desordenes corporales que existan simultáneamente los cuales sean debido a la misma o a causas relacionadas, serán considerados una incapacidad. Si una incapacidad es debida a la misma o a causas relacionadas, a una incapacidad anterior (incluyendo las complicaciones derivadas de ahí) esa incapacidad será considerada una continuación de la incapacidad anterior y no una incapacidad separada. Sin embargo, para casos que requieran reclusión en el hospital, después de los 90 días siguientes a la última salida del hospital, la siguiente reclusión en el hospital debido a la misma causa, será considerada una

nueva incapacidad se establece después que ha transcurrido un período de 90 días siguientes al día en el cual el ultimo gasto incurrido fue reembolsado, a menos que los gastos no se reembolsen porque el beneficio máximo se ha agotado.

"Hospital" significa únicamente una institución autorizada como hospital (si se requiere autorización), y operada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, equipada 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 clínicas, 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.

"Reclusión en un Hospital" significa una persona que esta registrada como paciente en un hospital (según se define anteriormente) e incurre en un gasto diario de cuarto y comida.

"Operación Quirúrgica" Significa únicamente lo siguiente: (1) una operación incisiva; (2) sutura de una herida; (3) tratamiento de una fractura; (4) sujeción de una dislocación; (5)

radioterapia (excluyendo isótopo de terapia radioactiva) si es usado en lugar de una operación incisiva para la remoción de un tumor; (6) electro cauterización; (7) diagnóstico

y procedimientos terapéuticos y endoscópicos; 8) tratamiento de inyecciones para las hemorroides y venas varicosas.

"Hospital Participante" o "Médico participante" significa un hospital, o médico que tiene contrato con La Compañía e incluido en la red de proveedores, para proporcionar un tratamiento por el cual un beneficio puede ser pagador bajo este aditamento. Donde una lista limitando los hospitales y médicos participantes está en uso.

1.- Dicha lista será proporcionada por la Compañía de Seguros, pero puede ser modificada de acuerdo a la conveniencia de La Compañía.

2.- Una declaración en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, o un Endoso a la Póliza, puede negar o reducir los beneficios pagaderos en caso de un tratamiento suministrado por un médico u hospital no participante.

"Medicinas" significan drogas dispensadas por una droguería legalmente autorizada y comercializadas a través de una FARMACIA legalmente establecida y autorizada como tal.

"Ambulancia" significa vehículo de urgencia equipado para suministrar atenciones de primeros auxilios que se emplea para el transporte de los pacientes a un centro médico en casos de accidente, traumatismos o enfermedad súbita y grave.

Cláusula 4 COBERTURA DE DEPENDIENTES

Elegibilidad de Dependientes

El término " Dependiente " se referirá únicamente a:

1.- El Esposo o la Esposa legal de un Empleado, (excluyendo aquellos legalmente separados), o la persona viviendo con un Empleado en una condición reconocida de marido y mujer, que esté registrada como tal en los archivos del Patrono; y

2.- Los hijos solteros y reconocidos legalmente de un Empleado, hijastros e hijos legalmente adoptados, que están dentro de los límites de edad indicados en (f) Elegibilidad de Dependientes - Especificaciones del Aditamento, viviendo en el hogar del Empleado y teniendo la misma residencia permanente del Empleado, o ausentes de allí únicamente para asistir a la escuela. Dichos hijos deben depender del Empleado para su sostenimiento y estar registrados como Dependientes el Empleado en los archivos del patrono.

En caso que el límite de edad indicado en (f) Elegibilidad de Dependientes - Especificaciones del Aditamento, sea más de diecinueve años, dichos hijos mayores de diecinueve años de edad, sólo serán elegibles si tienen la misma residencia permanente que

el empleado, y son estudiantes a tiempo completo en jornada diurna en un colegio acreditado o universidad.

Si alguna persona definida como Dependiente, es también elegible para participar como Empleado bajo este Aditamento, dicha persona no será elegible como Dependiente bajo el presente. Cuando ambos, esposo y esposa viviendo bajo el mismo techo estén asegurados como empleados, los hijos serán elegibles solamente como dependientes de uno de los dos.

Dependientes - Fecha de Asegurados.

Cualquier Empleado que tenga Dependientes será elegible para el Seguro de Dependientes, en la fecha en que el Empleado sea asegurado bajo este Aditamento, o en el día en que el Empleado por primera vez adquiere dicho Dependiente, cualquiera que sea posterior.

A.- Cuando la estipulación (a) Bases del Seguro - Especificaciones del Aditamento, estipula que el seguro es no - contributivo, los Dependientes serán asegurados como sigue:

(I) Si el empleado tiene uno o más Dependientes en la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Aditamento, el Seguro para dichos Dependientes será efectivo en esa fecha;

(II) Si el Empleado adquiere uno o más Dependientes después de la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Aditamento, dichos Dependientes serán asegurados automáticamente y a partir de la fecha que se convierten en dependientes del Empleado.

B.- Cuando la estipulación (a) Bases de Seguro - Especificaciones del Aditamento, estipula que el seguro es contributivo, el seguro para los Dependientes de un empleado que solicite el Contratante por escrito, se deberá

hacer para dichos Dependientes en un modelo aprobado por la Compañía de Seguros y exigiendo hacer la requerida contribución, será efectivo como sigue:

(I) Si el Empleado tiene uno o más Dependientes en la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Aditamento, el seguro para dichos Dependientes será efectivo en esa fecha.

(II) Si el Empleado adquiere uno o más Dependientes después de la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Aditamento, tales Dependientes serán asegurados en la fecha en que él hace solicitud por escrito y pago de cualquier aumento de contribuciones requeridos; debido a un cambio resultante en la categoría de inscripción. Sin embargo, si

dicha solicitud por escrito es hecha después de 31 días en que el Empleado adquirió tales Dependientes, debe mostrarse prueba de buena salud de dichos Dependientes. Si dicha prueba es suministrada, los Dependientes serán asegurados en la fecha comunicada por la Compañía de Seguros.

(III) Si el Empleado solicita participar después del fin del período de 31 días, inmediatamente siguiente al primer día en que sea elegible y esté trabajando activamente a tiempo completo, o si es hecha después, previa terminación del seguro por falta de hacer alguna contribución requerida, el Empleado tiene que mostrar prueba satisfactoria de buena salud a la Compañía de Seguros por cada Dependiente que entonces tiene, antes que tales Dependientes sean asegurados. Si dicha prueba es remitida por cualquier Dependiente individual, tal Dependiente será asegurado en la fecha comunicada por la Compañía de Seguros.

Dependientes - Terminación del Seguro Individual

El seguro de un Dependiente bajo este Aditamento terminará automáticamente, (1) si se termina el seguro del Empleado como Empleado bajo este Aditamento; (2) si el Dependiente asegurado cesa de ser elegible como Dependiente; (3) si se termina este Aditamento, o (4) si el Empleado deja de hacer cuando venza, alguna contribución requerida.

Cláusula 5 EXTENSIONES DE BENEFICIOS

No obstante las disposiciones de la Cláusula 11 de la póliza - Estipulaciones Generales y la Cláusula 4 de este Aditamento, los beneficios bajo el presente continuarán siendo pagaderos, siempre que este Aditamento esté todavía en vigor al momento en que dichos gastos de hospital fueron incurridos respecto a una incapacidad la cual dé por resultado una reclusión en un hospital, por el tiempo que dure dicha reclusión, cuya incapacidad esté en progreso en la fecha de terminación del seguro del individuo. Sin embargo, en ningún caso dichos beneficios serán pagaderos por gastos incurridos después del fin del mes siguiente al mes en que la terminación del seguro del individuo normalmente ocurriría.

Cláusula 6 EXCLUSIONES

Este Aditamento no asegura y no se pagarán beneficios por, o causas de:

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;
 - 3.- Curas de reposo, cuidado sanitario o en custodia, o períodos de cuarentena o aislamiento;
 - 4.- Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria a consecuencia de una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado está cubierto bajo el Aditamento;
 - 5.- Exámenes dentales, de rayos X, extracciones, empastes y tratamientos dentales en general.
 - 6.- Reemplazo o ajuste de espejuelos o aparatos auditivos. Anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo. Tampoco se cubre queratomía radiada, queratomielusis y epiqueratofuquía.
 - 7.- Exámenes y consultas médicas para los efectos de chequeos rutinarios, no inherentes a 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 incapacidad que se originó antes de la fecha efectiva de cobertura del Asegurado, tenga o no conocimiento del mismo; sin embargo, esta exclusión cesará de aplicar después de un año de cobertura continua bajo este Aditamento sin que se hayan incurrido en gastos médicos por esa incapacidad;
 - 10.- Embarazo incluyendo el resultado de parto, malparto o aborto excepto según se estipula en la cláusula Beneficios de Maternidad y (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento;
- Si ninguna cantidad de seguro aparece bajo (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, con respecto a la Cláusula Beneficios de Maternidad, entonces, no se pagarán beneficios a causa de embarazo.
- 11.- Maternidad para hijas dependientes
 - 12.- Tratamientos y medicamentos por enfermedades psicológicas tales como depresión, esquizofrenia, stress, trastornos alimenticios etc. Estos serán cubiertos únicamente en caso de requerir hospitalizaciones mayores a 24 horas.
 - 13.- Tratamientos y medicamentos para una incapacidad surgida a consecuencia de un accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de cobertura de un Asegurado bajo el presente.
 - 14.- Malformaciones y padecimientos congénitos. Excepto en el caso de aquellos niños que nazcan dentro de la cobertura de la póliza, siempre y cuando la madre se haya sometido al período de espera establecido para iniciar el embarazo y paguen la cobertura de maternidad.
 - 15.- Control de niño sano, incluyendo las vacunas de los dependientes y vitaminas de cualquier tipo. Excepto en los casos que esté definido como una cobertura adicional en las condiciones especiales, especificando las coberturas.
 - 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, aprendizaje, epilepsia.
- De naturaleza experimental o de investigación.
- Tratamientos en centros SAP e hidroclínicas.

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

18.- Tratamientos de fertilidad, esterilidad, control de natalidad y sus complicaciones.

Cláusula 7 DUPLICIDAD DE COBERTURA

Los beneficios de este Aditamento no se duplicarán con los beneficios de cualquier otro plan colectivo o plan estatuido, por el cual el Asegurado puede ser elegible. Si un asegurado o dependiente, es elegible para recibir beneficios bajo esta Póliza, y también resultan elegibles para recibir beneficios bajo cualquier otro plan (según se define posteriormente) que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos necesarios, razonables y acostumbrados para el tratamiento de una enfermedad o lesión, la suma de los beneficios pagaderos por esta Póliza y por cualquier otro Plan será coordinada, de manera que el total pagado no sobrepase el 100% de los gastos incurridos. En ningún caso, la cantidad de beneficio pagaderos por esta póliza podrá exceder la cantidad máxima estipulada para ese beneficio.

El término " Plan " se refiere a cualquier programa que proporcione beneficios o servicios por o para el cuidado o tratamiento dental, médico u hospitalario, cuyos beneficios o servicios sean brindados bajo: a) Cobertura de seguro colectivo, individual, comprensivo o con franquicia, b) Blue Cross, Blue Shield, y otras coberturas proporcionadas en base colectiva, c) cualquier cobertura otorgada bajo planes de protección sindicales, planes de beneficios de organización laboral o cualquier otro beneficio para los miembros de un

grupo, y d) cualquier cobertura proporcionada por programas gubernamentales y cualquier cobertura requerida y otorgada por cualquier legislación.

Cláusula 8 CALCULO DE PRIMAS

La prima pagadera por los beneficios proporcionados por este Aditamento se determinará multiplicando el número de unidades en cada tipo de enrolamiento por el tipo de primas apropiado según indica en (q) Cálculo de Primas - Especificaciones del Aditamento.

Cláusula 9 BENEFICIOS POR RECLUSION EN EL HOSPITAL

Si un Asegurado incurre en gastos a consecuencia de una incapacidad con respecto a su reclusión en un hospital, la compañía de Seguros pagará los beneficios descritos en A y B más abajo:

A.1. BENEFICIOS DIARIOS

El gasto incurrido por el Asegurado por los cargos regulares y acostumbrados, hechos por el hospital por cuarto, comida y atención general de enfermeros, suministrados durante su reclusión en el hospital, pero sin exceder el beneficio máximo diario por cada día de reclusión y la

cantidad máxima durante cualquier incapacidad, según se indican ambos en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento.

A.2. BENEFICIO DE CUIDADO INTENSIVO

En el caso de que, durante una reclusión hospitalaria, el médico de cabecera de un asegurado prescriba la reclusión de dicho asegurado en la Unidad de cuidado

Intensivo del Hospital (según se define después) entonces, con respecto a cada día de reclusión en dicha Unidad de -Cuidado Intensivo, en lugar de cualquier beneficio pagadero bajo la Sección " Beneficios de Reclusión en el Hospital", se pagará un beneficio por Reclusión en la Unidad de Cuidado Intensivo), que no excederá de la cantidad máxima establecida bajo la Cláusula 9 Sección " Beneficios de Reclusión en el hospital" "Beneficios de Cuidado Intensivo"

A los fines de esta Cláusula, la "Unidad de Cuidado Intensivo de un Hospital" se referirá solamente a una sección, sala o a la del Hospital, la cual se distingue de otras dependencias del Hospital debido a:

- 1) Que opera únicamente al efecto de brindar alojamiento y cuidado profesional y tratamiento a pacientes críticamente enfermos, incluyendo observación constante y cuidado por una enfermera graduada u otro personal hospitalario altamente entrenado, y
- 2) que tiene servicios especiales, equipos y suministros necesarios para ese cuidado y tratamiento, accesible para su uso inmediato, si fuese, su uso necesario.

La Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital no deberá incluir ninguna dependencia hospitalaria mantenida con el propósito de brindar tratamiento o servicio de recuperación normal postoperatorio.

B) BENEFICIO POR SERVICIO DE HOSPITALES

El gasto incurrido por el Asegurado, por los cargos regulares y acostumbrados, hechos por el hospital por:

- (I) Servicios o abastecimientos suministrados al Asegurado por su uso durante su reclusión en el hospital, incluyendo los costos de sangre y plasma sanguíneo;
- (II) Anestésicos y su administración por un empleado del hospital; pero sin exceder el máximo de servicios de hospital durante cualquier incapacidad según se indica en (c) cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento.

No se pagarán beneficios por los cargos hechos por enfermeras particulares, cuarto y comida, técnicos y médicos no empleados regularmente por el hospital, bajo los servicios especiales de hospital.

Cláusula 10 BENEFICIO DE SALA DE EMERGENCIA

Si a consecuencia de una lesión corporal accidental, un asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por sala de emergencia de un hospital, la compañía de Seguros pagará los cargos regulares y acostumbrados por tales servicios, sin exceder el máximo

durante cualquier incapacidad según se indica en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, siempre y cuando el padecimiento requiera de atención de emergencia.

Cláusula 11 BENEFICIO DE CIRUGIA Y ANESTESIA

Si un Asegurado incurre en gastos por una operación quirúrgica, a consecuencia de una Incapacidad, la compañía de Seguro pagará, sujeto a las estipulaciones de este Aditamento una cantidad calculada por uno de los siguientes métodos:

Método Uno: Aplicando al beneficio máximo, el monto especificado en la adjunta Tabla de Honorarios Quirúrgicos: ARANCEL DE HONORARIOS MEDICOS RED HONDUREÑA DE SERVICIOS DE LA SALUD (REHDSA)

Método Dos: Seleccionando la cantidad especificada, donde aparecen las cantidades en la adjunta Tabla de Honorarios Quirúrgicos;

Método Tres: Multiplicando la unidad de valor especificada por el Factor de Conversión Quirúrgico en la adjunta Tabla de Valor Relativo.

Artículo (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, estipulará el método de Cálculo a ser usado, el beneficio máximo, y si es aplicable, el Factor de Conversión Quirúrgico, sujeto a las siguientes disposiciones.

1.- El pago no excederá el valor calculado por ese procedimiento, ni excederá la cantidad realmente cargada al Asegurado.

2.- Cuando se den procedimientos quirúrgicos dobles o múltiples, los cuales añaden complejidad, o tiempo significativo al cuidado del paciente, sean ejecutados en la misma sesión operatoria, se reconocerán de la siguiente manera 100% por el procedimiento mayor, mas 50% del valor por el segundo procedimiento, y 25% del valor por el tercer procedimiento, excepto que si el procedimiento combinado es especificado de otra manera, ese valor será pagadero.

3.- Cuando un procedimiento incidental sea practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operativo, el pago será únicamente por el procedimiento mayor, excepto si se especifica de otra manera.

4.- El porcentaje o unidad de valor cotizado en la Tabla incluirá la consulta normal pre-operatoria, investigación y preparación del Asegurado, el procedimiento operatorio, el cuidado total postoperatorio prestado por el cirujano mientras el Asegurado está en el hospital, y el cuidado de convaleciente siguiente a la salida del hospital.

5.- Cuando una operación quirúrgica no esté cotizada en la Tabla, la Compañía de Seguros determinará el pago, basado en un procedimiento que requiera tiempo y habilidad quirúrgica similares y de acuerdo a los costos justos razonables y acostumbrados.

6.- Cuando se establezca para satisfacción de la Compañía de Seguros, que la pericia de dos cirujanos se requiere en la administración de una operación quirúrgica específica, la cantidad pagadera, puede ser aumentada hasta un 25% más del porcentaje fijado o valor y prorrateo, con el acuerdo de los cirujanos, con relación a la responsabilidad y el trabajo ejecutado.

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

7.- El pago por todas las operaciones quirúrgicas practicadas durante cualquier incapacidad, no excederá el máximo quirúrgico por incapacidad según se indica en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento.

CLAUSULA 12.- BENEFICIO DE ANESTESIA

Si un Asegurado, a consecuencia de una incapacidad, incurre en gastos por una operación quirúrgica que requiera anestesia general, o para un examen bajo anestesia general, la

Compañía de Seguros pagará, sujeto a las estipulaciones de este Aditamento, por los servicios de anestesia, una cantidad calculada aplicando el Porcentaje de Conversión de Anestesia a la cantidad de beneficio quirúrgico, según se indica en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento., pagadera de acuerdo con la sección anterior, sujeta a las siguientes disposiciones:

1.- El valor de los servicios por anestesia será determinado aplicando el 34% al valor consignado de acuerdo a la Tabla de Honorarios Quirúrgicos: arancel de Honorarios Médicos, Red Hondureña de Servicios de la Salud (REDHSA)

2.- El pago no excederá al valor calculado para ese procedimiento, ni excederá la cantidad realmente cargada al Asegurado.

3.- La cantidad determinada para anestesia incluirá las visitas pre y postoperatorias, la administración de la anestesia y la administración de líquidos y/o sangre inherente a la anestesia o cirugía.

4.- El valor calculado sólo será pagadero cuando la anestesia sea administrada personalmente por un médico, que permanece en presencia constante durante el procedimiento, con el solo fin de prestar los servicios de anestesia.

5.- El pago por los servicios de anestesia proporcionados durante cualquier incapacidad, no excederá el producto del Porcentaje de Conversión de Anestesia y el máximo quirúrgico por Incapacidad según se indican ambos en (c) Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento.

Cláusula 13 BENEFICIOS MEDICOS POR RECLUSION EN EL HOSPITAL

Si un Asegurado, mientras está recluso en un hospital, a causa de una incapacidad, incurre en gastos por atención facultativa y tratamiento por un médico, por otras causas que no sean embarazo, la Compañía de Seguros

reembolsará tal gasto hasta la cantidad máxima por visita y por incapacidad indicada en (c) Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento, sujeto a las siguientes estipulaciones:

1.- No se pagarán beneficios por los servicios de un cirujano, o anestesista, por los cuales se pagan beneficios bajo la Cláusula 11 - Beneficios de Anestesia y Cirugía; ni por visitas a ningún médico en, o después del día en que se practica una operación.

2.- El pago se hará nada más que por una visita, un día cualquiera, y ésta no excederá la cantidad realmente cargada.

3.- En el caso de reclusión en un hospital por tratamientos médicos que no requieran de intervención quirúrgica las visitas intra-hospitalarias serán reembolsadas de acuerdo al Arancel de Honorarios Médicos (REDHSA).

1.- Definiciones:

Consulta de Especialistas - atención facultativa y consulta por un especialista competente, según lo requiere el caso, tal como un Médico Pediatra.

Consulta Sub especialista: atención facultativa y consulta por un médico especialista según lo requiera el caso, tal como un Médico Pediatra Gastroenterólogo.

2.- Limitaciones:

No se pagarán más de cinco consultas a especialistas, durante una incapacidad.

El máximo por incapacidad mostrado en (c) Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento, aplica a la suma de todos los pagos por visitas al consultorio de un especialista.

Cláusula 14 BENEFICIO DE LABORATORIO Y RAYOS X PARA DIAGNOSTICO

Si un Asegurado, incurre en gastos a causa de una incapacidad, por exámenes de Rayos X para diagnósticos, o pruebas de laboratorio, o microscópicas, o análisis, por otras causas que no sean embarazo, la Compañía de Seguros reembolsará tales gastos en exceso del deducible, y hasta el máximo indicado en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, siempre que dichos exámenes sean

hechos u ordenados por un médico. El deducible y máximo, aplicarán a cada incapacidad.

No se pagarán beneficios bajo esta Cláusula, por rayos X terapéuticos, o por cualquier examen hecho durante la reclusión de un Asegurado.

Cláusula 15 BENEFICIOS DE TRANSPORTE

Si un Asegurado, a causa de lesión corporal o enfermedad, necesariamente incurre en gastos de transporte local por una ambulancia autorizada y equipada como tal, para el tratamiento médico debido a que las facilidades requeridas no son obtenibles en el lugar en el que se contrajo la lesión o enfermedad, hacia el lugar más cercano adonde tales facilidades existen, la Compañía de Seguros reembolsará hasta el máximo por incapacidad mostrado en las especificaciones, siempre que dicho transporte y atención sean recomendados por el médico de cabecera.

Cláusula 16 BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS

Este beneficio será pagadero hasta su máximo, después de aplicado el deducible, por cada incapacidad por diagnóstico.

Cláusula 17 BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS MEDICOS MAYORES

Si, como resultado de una incapacidad, un Asegurado ha incurrido en " Gastos Elegibles " (como se definen más abajo), la Compañía de Seguros reembolsará el 80% de dichos gastos en exceso de un deducible inicial sobre la base de opciones el cual debe ser acumulado dentro de un período de DOCE meses consecutivos durante cada año calendario hasta un Beneficio máximo de según opciones con respecto a cada individuo.

1.- El "Beneficio Máximo" es la cantidad que representa el límite máximo de responsabilidad por cada asegurado, y que se reembolsará por una o mas enfermedades o accidentes cubiertos durante la vigencia de la póliza. Una vez agotada la suma máxima, la compañía procederá a dar de baja o retirar de la cobertura de la Poliza al cliente asegurado. Si un Asegurado desea ingresar de nuevo a la cobertura del contrato, deberá someterse a los exámenes médicos

indicados por la compañía; los resultados de los mismos y el análisis efectuado, indicará si el cliente es asegurado nuevamente.

2.- El término " Gastos Elegibles ", es definido como los gastos reales incurridos por un Asegurado, que son razonables y necesarios para la atención médica, y los servicios administrados por, u ordenados por un médico autorizado para practicar la medicina. Tales gastos no incluirán cantidad alguna reembolsada bajo cualquier otra cláusula en este Aditamento, e incluirá:

(I) Beneficios Diarios según se define en la Cláusula, 9 A, hasta una cantidad máxima diaria de:

(a) mientras los beneficios sean pagados bajo la Cláusula 9 A, y

(b) después de alcanzar el Máximo por Incapacidad bajo la Cláusula 9A.

(II) Los demás servicios y suministros de Hospital para la atención médica en el Hospital.

(III) Anestésicos y su administración.

(IV) Servicios de ambulancia para viajar de y hacia un hospital local.

(V) Servicios médicos para cirugía y otras atenciones médicas, excluyendo los servicios dentales, a menos que sea para el tratamiento seguidamente abajo.

(VI) Servicios dentales para cirugía prestados por un médico, dentista o cirujano dental para el tratamiento de lesiones accidentales a los dientes naturales a través de medios externos violentos, dentro de los seis meses del accidente (el tratamiento incluye el reemplazo de dichos dientes naturales dentro de dicho período).

(VII) Tratamientos y atenciones por enfermedades mentales serán cubiertos únicamente por hospitalización, y estarán sujetos a un período de espera de un año a partir de la fecha de la inclusión a la póliza.

(VIII) Los demás servicios y suministros:

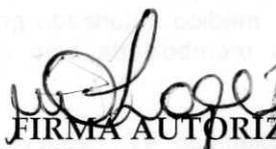
- Tratamiento de rayos X, radios y otras sustancias radioactivas;
- Tratamiento por un fisioterapeuta que no sea de la familia;
- Drogas y medicinas dispensadas por un farmacéutico autorizado;
- Vendajes quirúrgicos;
- Miembros y ojos artificiales cuando sean necesitados por lesiones corporales accidentales o enfermedades ocurridas mientras está cubierto bajo este aditamento;
- Enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas;

- Alquiler de silla de ruedas, cama de hospital o pulmón de hierro.

3.- para los fines de los Beneficios Médicos mayores solamente, la Cláusula 6 " Exclusiones " de este Aditamento se modificará como sigue:

(a) Las palabras "o trastornos mentales" serán suprimidos bajo el subepígrafe 1.

(b) Se agregará el sub- epígrafe 9 diciendo: Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del Asegurado cubierta bajo Compensación obrera o leyes similares.


FIRMA AUTORIZADA

