



Ficohsa | Seguros

COBERTURAS Y GARANTÍAS

**SEGURO DE SALUD
Y
VIDA COLECTIVO**



Ficohsa  **Seguros**

SEGURO MÉDICO

Presiona el código QR para ver el detalle de tus coberturas.

Asegurado: EFRAIN PEREZ **Alta:** 13/02/2020

Empresa: COBERTURAS Y GARANTIAS SA DE CV **Certificado:** 1192

Póliza: SMH1 / 2000014201

Ingresar a Tu Red [aquí](#).

Valida tu Seguro

Para obtener la validación sobre las coberturas y beneficios del seguro, favor ingresar el número celular del Asegurado Titular de la póliza.

Telefono:

Coaseguro Hospitalario: 20% Deducible: L. 2,000 Habitación: L. 1,000
Coaseguro Ambulatorio: 20% Coaseguro Farmacias: 30% Maternidad: No
Red de Proveedores:
PORSALUD: Básico Red de Laboratorios: SI
Red de Médicos: SI Red de Radiología: SI
Red de Farmacias: SI

Vigente hasta 23-08-2022

CERTIFICADO	ASEGURADO	PARENTESCO	EDAD	FECHA ALTA	SALDO DEDUCIBLE
1192	EFRAIN PEREZ	TITULAR MASCULINO	65	13/02/2020	L. 2,000

COBERTURAS Y BENEFICIOS

VIDA COLECTIVO



Clase I: Administrativos con salario de L 0.00 – L 9,999.00 y docentes con antigüedad menor o igual a 3 años con una suma fija de: L 200,000.00

COBERTURA	BENEFICIO	CATEGORIA
Muerte por Cualquier Causa.	Suma Asegurada Básica; cobertura hasta el cumplimiento de los 85 años de edad.	Amparado
Muerte Accidental.	Suma asegurada adicional igual a la suma asegurada básica, cobertura hasta el cumplimiento de los 70 años de edad.	Amparado
Muerte por Accidente Calificado.	El doble de la suma asegurada de la cobertura de muerte accidental hasta el cumplimiento de los 70 años.	Amparado
Desmembramiento y pérdida de la vista por causa accidental.	Según tabla de indemnización. En caso de Accidente laboral, la tabla se amplía según el artículo 454 del código de trabajo.	Amparado
Renta por Incapacidad Total y Permanente.	-Anticipo de la suma Asegurada Básica sujeto a las condiciones descritas en esta oferta. -Cubierto hasta el cumplimiento de los 70 años de edad. -Pagadero en 12 Cuotas Mensuales.	Amparado
Pago Anticipado Parcial en caso de Enfermedad Terminal.	35% de la suma asegurada.	Amparado
Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente	En caso que el asegurado sufra un accidente o una enfermedad elegible por la póliza que lo inhabilite para efectuar su trabajo u otro por el cual pudiere recibir alguna remuneración, la compañía aseguradora lo exonerará del pago de la prima.	Amparado

COBERTURAS Y BENEFICIOS

VIDA COLECTIVO



COBERTURA	BENEFICIO	CATEGORIA
Cobertura de Ambulancia por Accidente de Trabajo	En caso de accidente de trabajo se brindará la cobertura de traslado en ambulancia desde el lugar de trabajo hasta el centro asistencial y/o hospitalario seleccionado por el asegurado o patrono.	Amparado
Gastos Fúnebres	Suma Adicional a la suma asegurada básica.	L. 25,000.00
Gastos de Repatriación: por fallecimiento de un asegurado fuera del territorio nacional.	20% de la Suma Asegurada Básica, hasta un máximo de \$5,000	Amparado
Suicidio	A partir del primer día.	Amparado

COBERTURAS Y BENEFICIOS

VIDA COLECTIVO



Clase II: Administrativos con salario de L. 10,000.00 – L. 19,999.99 y docentes con antigüedad de más de 3 años hasta 5 de laborar con una suma fija de L 400,000.00

COBERTURA	BENEFICIO	CATEGORIA
Muerte por Cualquier Causa.	Suma Asegurada Básica; cobertura hasta el cumplimiento de los 85 años de edad.	Amparado
Muerte Accidental.	Suma asegurada adicional igual a la suma asegurada básica, cobertura hasta el cumplimiento de los 70 años de edad.	Amparado
Muerte por Accidente Calificado.	El doble de la suma asegurada de la cobertura de muerte accidental hasta el cumplimiento de los 70 años.	Amparado
Desmembramiento y pérdida de la vista por causa accidental.	Según tabla de indemnización. En caso de Accidente laboral, la tabla se amplía según el artículo 454 del código de trabajo.	Amparado
Renta por Incapacidad Total y Permanente.	-Anticipo de la suma Asegurada Básica sujeto a las condiciones descritas en esta oferta. -Cubierto hasta el cumplimiento de los 70 años de edad. -Pagadero en 12 Cuotas Mensuales.	Amparado
Pago Anticipado Parcial en caso de Enfermedad Terminal.	35% de la suma asegurada.	Amparado
Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente	En caso que el asegurado sufra un accidente o una enfermedad elegible por la póliza que lo inhabilite para efectuar su trabajo u otro por el cual pudiere recibir alguna remuneración, la compañía aseguradora lo exonerará del pago de la prima.	Amparado

COBERTURAS Y BENEFICIOS

VIDA COLECTIVO



COBERTURA	BENEFICIO	CATEGORIA
Cobertura de Ambulancia por Accidente de Trabajo	En caso de accidente de trabajo se brindara la cobertura de traslado en ambulancia desde el lugar de trabaja hasta el centro asistencial y/o hospitalario seleccionado por el asegurado o patrono.	Amparado
Gastos Fúnebres	Suma Adicional a la suma asegurada básica.	L. 25,000.00
Gastos de Repatriación; por fallecimiento de un asegurado fuera del territorio nacional.	20% de la Suma Asegurada Básica, hasta un máximo de \$5,000.	Amparado
Suicidio	A partir del primer día.	Amparado

COBERTURAS Y BENEFICIOS

VIDA COLECTIVO



Clase III: Administrativos con salario de L 20,000.00 en adelante y docentes con antigüedad de más de 5 años con una suma fija de: L 600,000.00

COBERTURA	BENEFICIO	CATEGORIA
Muerte por Cualquier Causa.	Suma Asegurada Básica; cobertura hasta el cumplimiento de los 85 años de edad.	Amparado
Muerte Accidental.	Suma asegurada adicional igual a la suma asegurada básica, cobertura hasta el cumplimiento de los 70 años de edad.	Amparado
Muerte por Accidente Calificado.	El doble de la suma asegurada de la cobertura de muerte accidental hasta el cumplimiento de los 70 años.	Amparado
Desmembramiento y pérdida de la vista por causa accidental.	Según tabla de indemnización. En caso de Accidente laboral, la tabla se amplía según el artículo 454 del código de trabajo.	Amparado
Renta por Incapacidad Total y Permanente.	-Anticipo de la suma Asegurada Básica sujeto a las condiciones descritas en esta oferta. -Cubierto hasta el cumplimiento de los 70 años de edad. -Pagadero en 12 Cuotas Mensuales.	Amparado
Pago Anticipado Parcial en caso de Enfermedad Terminal.	25% de la suma asegurada.	Amparado
Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente	En caso que el asegurado sufra un accidente o una enfermedad elegible por la póliza que lo inhabilite para efectuar su trabajo u otro por el cual pudiere recibir alguna remuneración, la compañía aseguradora lo exonerará del pago de la prima.	Amparado

COBERTURAS Y BENEFICIOS

VIDA COLECTIVO



COBERTURA	BENEFICIO	CATEGORIA
Cobertura de Ambulancia por Accidente de Trabajo	En caso de accidente de trabajo se brindara la cobertura de traslado en ambulancia desde el lugar de trabaja hasta el centro asistencial y/o hospitalario seleccionado por el asegurado o patrono.	Amparado
Gastos Fúnebres	Suma Adicional a la suma asegurada básica.	L. 25,000.00
Gastos de Repatriación; por fallecimiento de un asegurado fuera del territorio nacional.	20% de la Suma Asegurada Básica, hasta un máximo de \$5,000.	Amparado
Suicidio	A partir del primer día.	Amparado

1. Desmembración Accidental; En casos de accidentes que no provoque la muerte de un asegurado pero si la pérdida de un miembro se indemnizara de acuerdo a la tabla de indemnizaciones descrita en las condiciones generales de la póliza, en caso de Accidente laboral la tabla se amplía según el artículo 454 del código de trabajo.
2. El pago anticipado parcial de la suma asegurada básica en caso de enfermedad terminal se pagara siempre que se cumplan las siguientes condiciones:
 - Que el asegurado se encuentre en un estado de enfermedad terminal cuyas expectativas de vida según informe medico no sean mayores de 12 meses
3. El Homicidio (No culposos) o asesinato no es considerado para efectos del pago de la indemnización de accidente.
4. Orientación Médica Telefónica 24 horas, sin límite. Este servicio aplica en casos de accidente de trabajo, el asegurado podrá ser asistido telefónicamente.
5. Traslado en Ambulancia en caso de accidente laboral, hacia el hospital o centro asistencial que decida el patrono.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS

Elegibilidad:

Titular y cónyuge legal o de hecho; con una edad mínima de ingreso de 18 años, máxima de ingreso al cumplimiento de los 70 años y una máxima de permanencia hasta los 85 años de edad.

Hijos: Edad mínima de ingreso desde el primer día de nacido, edad máxima de permanencia hasta 25 años de edad, siempre que dependan económicamente de los padres y estudien a tiempo completo.



COBERTURAS Y BENEFICIOS GASTOS MÉDICOS



Coberturas y Beneficios – Clase I:

Cobertura Geográfica	Centroamerica
Máximo Vitalicio	L 600,000.00
Restitucion de Suma Asegurada	L 20,000.00 anual
Deducible en Honduras (Máximo 3 por Familia)	L 2,000.00
Deducible en Centro América (Máximo 3 por Familia)	L 2,000.00
Porcentaje de Reembolso en Centro América.	80% (De los gastos elegibles)
Coaseguro a Cargo del Asegurado.	20% (De los gastos elegibles más excesos)
Límite de Coaseguro hospitalario por evento en Honduras y Centro América.	L 40,000.00 (20% de los primeros L. 200,000.00 El exceso de gastos elegibles estará cubierto al 100%.)
Cuarto y Alimentación	
En Honduras	L 1,000.00
En Centroamérica	L 1,000.00
Gastos por VIH/SIDA	L 300,000.00
Limites de Consulta	
Medico General	L 800.00
Medico Especialistas Cardiólogo y Neurólogo	L 1,000.00 L 1,100.00
Honorarios Médicos por hospitalización emergencia y procedimientos quirúrgicos.	Según tabla de referencia de Honorarios Médicos REDHSA.

COBERTURAS Y BENEFICIOS GASTOS MÉDICOS

<p>Cobertura de Maternidad</p> <p>Pre y Post Natal</p> <p>Parto Normal</p> <p>Cesárea</p> <p>Aborto, amenaza de aborto y embarazo ectópico</p>	Sin Maternidad
Periodo de Espera para la Cobertura de Maternidad.	La concepción debe ocurrir después el primer día de cobertura continúa.
<p>Sala Cuna.</p> <p>Honorarios del pediatra por la Atención del parto normal o Cesárea.</p>	No amparado
Cobertura del Recién Nacido.	<p>Desde día 1 (Limitado)</p> <p>Coberturas para Enfermedades Congénitas, Enfermedades Contraídas en el Hospital y Nacimientos Prematuros, limitado hasta</p> <p>L. 250,000.00</p>
Control de desarrollo y Crecimiento (Consulta, vitaminas y Vacunas).	<p>Amparado</p> <p>Desde los 10 días de su nacimiento hasta los 10 años</p> <p>Sin Límite.</p>
Control de desarrollo y Crecimiento (Consulta, vitaminas y Vacunas) <u>Niños nacidos fuera de la vigencia de la póliza.</u>	Sin Límite hasta la edad de 8 años
Cobertura de Preexistencias para el 1er Año de Cobertura, siempre que sean declaradas y aceptadas por la Cia. para nuevos ingresos	L. 10,000.00
Periodo de espera para enfermedades preexistentes no graves. Para nuevos ingresos. Siempre que sean declaradas y aceptadas por la Compañía para nuevos ingresos	12 meses de continua cobertura.
<p>Control Ginecológico Anual Cubre al Titular o Cónyuge, bajo prescripción médica.</p> <p>Sujeto a coaseguro y deducible.</p>	<p>Dos Citologías incluyendo Consulta.</p> <p>Una mamografía (Mujeres mayores de 35 años).</p>

COBERTURAS Y BENEFICIOS GASTOS MÉDICOS



Examen de próstata (PSA) Cubre al Titular o Cónyuge, bajo prescripción médica. Sujeto a coaseguro y deducible.	Una vez al año Hombres mayores de 40 años.
Ambulancia Aérea para traslados al/del extranjero.	\$ 7,000.00 Dentro de Centroamérica
Ambulancia Terrestre en Honduras.	L 10,000.00 máximo de reembolso, aplica coaseguro y deducible general de la póliza
Gastos Fúnebres Para Dependientes asegurados.	L 25,000.00
Red de Farmacias	Coaseguro 30% Límite de compra L. 2,000.00 Se aplicará deducible
Red de Proveedores y condiciones de uso descritas en el Anexo 1 y disponible en www.ficohsaseguros.com	Médicos Especialistas y Hospitales
Ashonplafa: Consulta Medico General Consulta Médico Especialista Servicio de Laboratorio Servicio de Radio imagen Servicio de Farmacia Procedimientos Quirúrgicos Otros Servicios	L. 195.00 Co-pago L. 250.00 Co -pago 30% de Coaseguro 30% de Coaseguro 30% de Coaseguro, sin límite de compra 30% de Coaseguro 30% de Coaseguro

COBERTURAS Y BENEFICIOS

GASTOS MÉDICOS



Coberturas y Beneficios – Clase II:

Cobertura Geográfica	Centroamerica
Máximo Vitalicio	L. 800,000.00
Deducible en Honduras (Máximo 3 por Familia)	L 2,000.00
Deducible en Centro América (Máximo 3 por Familia)	L 2,000.00
Porcentaje de Reembolso en Centro América.	80% (De los gastos elegibles)
Coaseguro a Cargo del Asegurado.	20% (De los gastos elegibles más excesos)
Límite de Coaseguro hospitalario por evento en Honduras y Centro América.	L. 40,000.00 (20% de los primeros L. 200,000.00 El exceso de gastos elegibles estará cubierto al 100%.)
Cuarto y Alimentación	
En Honduras	L. 1,200.00
En Centroamérica	L. 1,200.00
Gastos por VIH/SIDA	L. 400,000.00
Limites de Consulta	
Medico General	L 800.00
Medico Especialistas Cardiólogo y Neurólogo	L 1000.00
Honorarios Médicos por hospitalización emergencia y procedimientos quirúrgicos.	L 1,100.00 Según tabla de referencia de Honorarios Médicos REDHSA.

COBERTURAS Y BENEFICIOS GASTOS MÉDICOS

<p>Cobertura de Maternidad</p> <p>Pre y Post Natal</p> <p>Parto Normal</p> <p>Cesárea</p> <p>Aborto, amenaza de aborto y embarazo ectópico</p>	Sin Maternidad
Periodo de Espera para la Cobertura de Maternidad.	La concepción debe ocurrir después el primer día de cobertura continúa.
<p>Sala Cuna.</p> <p>Honorarios del pediatra por la Atención del parto normal o Cesárea.</p>	No amparado
Cobertura del Recién Nacido.	Desde día 1 (Limitado) Coberturas para Enfermedades Congénitas, Enfermedades Contraídas en el Hospital y Nacimientos Prematuros, limitado hasta L. 250,000.00
<p>Control de desarrollo y Crecimiento (Consulta, vitaminas y Vacunas)</p> <p>Para niños nacidos dentro y fuera de la vigencia de la póliza.</p>	Amparado Desde los 10 días de su nacimiento hasta los 10 años Sin Límite.
Cobertura de Preexistencias para el 1er Año de Cobertura, siempre que sean declaradas y aceptadas por la Cia. Para nuevos ingresos	L. 10,000.00
Periodo de espera para enfermedades preexistentes no graves. Para nuevos ingresos. Siempre que sean declaradas y aceptadas por la Compañía para nuevos ingresos	12 meses de continua cobertura.
<p>Control Ginecológico Anual Cubre al Titular o Cónyuge, bajo prescripción médica.</p> <p>Sujeto a coaseguro y deducible.</p>	Dos Citologías incluyendo Consulta. Una mamografía (Mujeres mayores de 35 años).

COBERTURAS Y BENEFICIOS

GASTOS MÉDICOS

Examen de próstata (PSA) Cubre al Titular o Cónyuge, bajo prescripción médica. Sujeto a coaseguro y deducible.	Una vez al año Hombres mayores de 40 años.
Ambulancia Aérea para traslados al/del extranjero.	\$ 7,000.00 Dentro de Centroamérica
Ambulancia Terrestre en Honduras.	L 10,000.00 máximo de reembolso, aplica coaseguro y deducible general de la póliza
Gastos Fúnebres Para Dependientes asegurados.	L. 25,000.00
Red de Farmacias	Coaseguro 30% Límite de compra L. 2,000.00 Se aplicará deducible en farmacia
Red de Proveedores y condiciones de uso descritas en el Anexo 1 y disponible en www.ficohsaseguros.com	Médicos Especialistas y Hospitales
Ashonplafa: Consulta Medico General Consulta Médico Especialista Servicio de Laboratorio Servicio de Radio imagen Servicio de Farmacia Procedimientos Quirúrgicos Otros Servicios	L. 195.00 Co-pago L. 250.00 Co -pago 30% de Coaseguro 30% de Coaseguro 30% Coaseguro, sin límite de compra 30% de Coaseguro 30% de Coaseguro

COBERTURAS Y BENEFICIOS GASTOS MEDICOS



Coberturas y Beneficios – Clase III:

Cobertura Geográfica	Centroamerica
Máximo Vitalicio	L. 1,000,000.00
Deducible en Honduras (Máximo 3 por Familia)	L 2,000.00
Deducible en Centro América (Máximo 3 por Familia)	L 2,000.00
Porcentaje de Reembolso en Centro América.	80% (De los gastos elegibles)
Coaseguro a Cargo del Asegurado.	20% (De los gastos elegibles más excesos)
Límite de Coaseguro hospitalario por evento en Honduras y Centro América.	L. 40,000.00 (20% de los primeros L. 200,000.00 El exceso de gastos elegibles estará cubierto al 100%.)
Cuarto y Alimentación	
En Honduras	L. 1,200.00
En Centroamérica	L. 1,200.00
Gastos por VIH/SIDA	L. 500,000.00
Limites de Consulta	
Medico General	L. 800.00
Medico Especialistas Cardiólogo y Neurólogo	L 1000.00
Honorarios Médicos por hospitalización emergencia y procedimientos quirúrgicos.	L 1,100.00 Según tabla de referencia de Honorarios Médicos REDHSA.

COBERTURAS Y BENEFICIOS GASTOS MEDICOS



Cobertura de Maternidad	Limitada/25
Pre y Post Natal	No Amparado
Parto Normal	L. 25,000.00
Cesárea	L. 35,000.00
Aborto, amenaza de aborto y embarazo ectópico	L. 17,000.00 (máximo de reembolso)
Periodo de Espera para la Cobertura de Maternidad.	La concepción debe ocurrir después el primer día de cobertura continúa.
Sala Cuna. Honorarios del pediatra por la Atención del parto normal o Cesárea.	L. 3,000.00 L.7,000.00 (Maximo de Reembolso)
Cobertura del Recién Nacido.	Cuidado crítico neonatal: Cobertura para el recién nacido a partir del primer día hasta los 10 días de nacido; a) si nace prematuro b) si nace con padecimientos o enfermedades congénitas c) por enfermedades contraídas en el hospital.
Control de desarrollo y Crecimiento (Consulta, vitaminas y Vacunas) Para niños nacidos dentro y fuera de la vigencia de la póliza	Desde los 10 días de su nacimiento hasta los 10 años Sin Límite.
Cobertura de Preexistencias para el 1er Año de Cobertura, siempre que sean declaradas y aceptadas por la Cia. Para nuevos ingresos	L. 10,000.00
Periodo de espera para enfermedades preexistentes no graves. Para nuevos ingresos. Siempre que sean declaradas y aceptadas por la Compañía para nuevos ingresos	12 meses de continua cobertura.

COBERTURAS Y BENEFICIOS GASTOS MÉDICOS



Examen de próstata (PSA) Cubre al Titular o Cónyuge, bajo prescripción médica. Sujeto a coaseguro y deducible.	Una vez al año Hombres mayores de 40 años.
Ambulancia Aérea para traslados al/del extranjero.	\$ 15,000.00 Dentro de Centroamérica
Ambulancia Terrestre en Honduras.	L 10,000.00 máximo de reembolso, aplica coaseguro y deducible general de la póliza
Gastos Fúnebres Para Dependientes asegurados.	L. 25,000.00
Red de Farmacias	Coaseguro 30% Límite de compra L. 2,000.00 No aplica deducible
Red de Proveedores y condiciones de uso descritas en el Anexo 1 y disponible en www.ficohsaseguros.com	Médicos Especialistas y Hospitales
Ashonplafa: Consulta Medico General Consulta Médico Especialista Servicio de Laboratorio Servicio de Radio imagen Servicio de Farmacia Procedimientos Quirúrgicos Otros Servicios	L. 195.00 Co-pago L. 250.00 Co -pago 30% de Coaseguro 30% de Coaseguro 25% del Límite de compra 30% de Coaseguro 30% de Coaseguro

CLÁUSULAS ESPECIALES

GASTOS MÉDICOS

- Cirugías plásticas y reconstructivas: cubiertas únicamente por emergencias, hospitalización o procedimientos quirúrgicos por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.
- Tratamientos dentales en caso de accidente por pérdida de la dentadura natural, cubiertos por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que el tratamiento se realice durante los tres meses siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.
- Extracción de Terceras molares impactadas con un valor máximo de reembolso de L 4,200.00 cada una; aplica deducible y coaseguro general de la póliza.
- Trasplante de órganos hasta el máximo vitalicio disponible del asegurado, incluye: gastos pre y post operatorio, transporte de órgano a trasplantar y gastos médicos del donante vivo al momento del trasplante; no están cubiertas las complicaciones o el deterioro de la salud del donante.
- Terapias físicas y de rehabilitación.
- Tratamiento de alergias crónicas.
- Zapatos Ortopédicos: 2 pares al año reembolsables al 50% del valor comercial.
- Prótesis y el uso de aparatos médicos correctivos recetados por el médico tratante hasta un valor máximo de reembolso anual de L 40,000.00 por asegurado; siempre que estos sean necesarios para la recuperación de la salud y el diagnóstico este cubierto por la póliza. Vía reembolso directo.
- Vitaminas que tengan un efecto terapéutico sobre una enfermedad cubierta.
- Cobertura de Acné inflamatorio Pápulo - Pustuloso y Nódulo - Quístico.
- Anestesia (34% sobre los honorarios del Cirujano Principal) .
- Gastos por psiquiatría; únicamente por hospitalización con estadía mayor a 24 horas (No mediante consulta externa).



PRECERTIFICACIÓN MÉDICA GASTOS MÉDICOS

PreCertificación Medica Para todo manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico programable o electivo, inclusive la maternidad y los exámenes especiales con un costo, mayor o igual a L. 3,000.00 es requisito indispensable y obligatorio la Pre-Certificación Tres (5) días hábiles antes del tratamiento o procedimiento, en casos no PreCertificados y/o emergencias no notificadas, la compañía se reserva el derecho de incrementar el coaseguro hasta en un 30% adicional al coaseguro establecido para esa cobertura.



QUE APLICA PARA PRECERTIFICACIÓN MÉDICA

Pre-autorización de Medicamentos, los servicios sujetos a Pre-autorización son los siguientes:

- ✓ Todo medicamento (s) para tratamiento de uso continuo y permanente. (Pre autorización válida por 6 meses) .
- ✓ Todo medicamento indicado por un tratamiento mayor a 30 días.
- ✓ Monto de factura por medicamento (s) elegibles igual o mayor a L. 3,000.00 por cada persona asegurada.





¿Como debo completar mi formulario de pre certificación?



FORMULARIO DE GASTOS MÉDICOS, PRECERTIFICACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Seguros

Póliza No. _____ Certificado No. _____

Código: SPN-F.GSP-01

I. Datos Generales

- 1) Titular Cónyuge Hijo(a)
- 2) Nombre _____ Sexo F M
- 3) Fecha de Nacimiento _____ Empresa donde Trabaja _____ No. IHSS
- 4) ¿Tiene usted o su conyuge otro Seguro Médico? Si No Compañía de Seguros _____
- 5) ¿Desde que fecha tiene el seguro médico? _____

PRECERTIFICACIÓN MÉDICA

GASTOS MÉDICOS

II. Historial Médico / Consulta Ambulatoria (Debe ser completado unicamente por el médico tratante)

1) ¿Desde cuándo trata usted al paciente? Día _____ Mes _____ Año _____

2) La condición del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>
Accidente de Automóvil	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Común	<input type="checkbox"/>	Fecha	_____
Otros Accidentes	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	U. M.	_____

3) Describa el diagnóstico completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede:

4) ¿Fecha de inicio de la enfermedad o de ocurrencia del accidente? Día _____ Mes _____ Año _____

5) ¿Ha recibido el paciente anteriormente tratamiento médico por esta condición u otras? Si No

Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____ Nombre del médico _____

6) Exámen, procedimiento o cirugía a realizar _____

Fecha Programada: Día _____ Mes _____ Año _____

7) Institución donde se brindará la atención _____

Tiempo o duración de la estadía hospitalaria (en letras) _____ Días (Sujeto a evaluación)

8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intra hospitalario) L _____

9) Código de Redhsa _____ Porcentaje _____ Valor _____

Código de Redhsa _____	Porcentaje _____	Valor _____
------------------------	------------------	-------------

¿Puede ser realizada ambulatoriamente? Si No ¿Requiere Ayudante? Si No

¿Requiere Anestesiólogo? Si No ¿Requiere Médico Adicional? Si No

Justifique la participación del médico adicional _____

¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Si No Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre y Dirección del médico que emitió la segunda opinión _____

Observaciones _____



PRE-CERTIFICACION MEDICA

GASTOS MEDICOS

Y no olvides...



Nombre del médico

Especialidad

Firma y sello del médico

Teléfono

Lugar y Fecha

Confirmando que he verificado la información y los cargos efectuados. Autorizo a los médicos, centros hospitalarios y personas, institución o empresa que prestó algún servicio médico, brindado a mi persona o a mis dependientes para que suministre a Ficohsa Seguros o a su representante, todos los informes que requiera incluyendo copias exactas de los documentos y/o expediente clínico.

Firma del asegurado o representante legal

Nombre de la empresa

Nombre del representante RRHH

Firma y sello del contratante

- Condiciones de salud preexistentes graves y condiciones de salud no declaradas en la solicitud.
- Reconocimientos médicos o chequeos generales
- Aparatos auditivos.
- Tratamientos o Intervenciones quirúrgicas para la infertilidad, transformación sexual, fecundación invitro.
- Tratamientos para la obesidad o pérdida de peso.
- Lesiones que sufra el asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, motín, huelgas, conmoción civil, terrorismo y energía nuclear.
- Los Servicios o tratamientos suministrados por médicos familiares del individuo asegurado, dentro del primer y segundo grado de consanguinidad y afinidad.
- Aquellos cargos por gastos incurridos dentro de un establecimiento que sea propiedad del individuo asegurado o de un familiar dentro del primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad.
- Quedan excluidos los tratamientos y medicamentos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, gigantomastía y cualquiera de las consecuencias y complicaciones de esta.
- Se excluye el pago de medicamentos que no hayan sido autorizados por la FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION).

Puedes llamar al*4747 o 2276-3960 cuando necesites información y coordinación de:

- Gestiones para la compra y entrega de medicamentos a través de la Red de Farmacias.
- Coordinación y autorización por atención de emergencia y hospitalizaciones en la Red de Hospitales a nivel nacional e internacional.
- Orientación sobre el uso de los beneficios de su Seguro Médico y Red de Proveedores.
- Coberturas y beneficios de tu seguro médico.



Proceso de Inclusión de Asegurados Titulares y/o Dependientes



Debes Enviar nuevamente solicitud completada de inscripción de póliza de seguro colectivo con responsabilidad laboral incluyendo el nuevo dependiente y declarando la salud del dependiente, mas formulario de adición de dependiente.

Proceso de Inclusión de Asegurados Titulares y/o Dependientes



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO CON RESPONSABILIDAD LABORAL Seguros

Vida

Médico Hospitalario

Código: SPN-F.GTP-63

Nombre del contratante: _____ No. de Póliza: _____

Categoría del Empleado: _____ Máximo Vitalicio (Gastos Médicos): _____ Suma Asegurada (Vida): _____

Seguro de Vida Opcional: Si No Suma Asegurada Opcional: _____ (Pólizas que Aplique)

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido casada
Cédula de identidad <input type="checkbox"/>	Carnet residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. identificación	
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
Nacionalidad:	Profesión u oficio:	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>
Estatura en metros:	Peso en libras:	¿Cuántos cigarrillos al día?		
Fuma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Con que frecuencia?		
Cargo que desempeña:	Departamento:	Fecha de ingreso a la compañía:		
Sueldo mensual:	Sucursal:	Número de afiliación al Seguro Social:		

DATOS DEL CONYUGE:

Nombre:	
Empresa donde labora:	
Celular:	E-mail:

DIRECCION DEL ASEGURADO:

País:	Departamento:	Ciudad / Municipio:		
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.:
Teléfono:	Celular:	E-mail:		

Proceso de Inclusión de Asegurados Titulares y/o Dependientes

DEPENDIENTES ECONOMICOS (Cónyuge e hijos) PARA EL PLAN MEDICO HOSPITALARIO Y/O DENTAL (Si aplica)				
Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Peso (Libras)	Estatura (Metros)

Firma y sello del patrono o contratante

_____ de _____ del 20 _____

1- Ha tenido alguna vez o tiene usted, su cónyuge o sus hijos; alguna de las enfermedades o trastornos siguientes,(Conteste Si o No con su puño y letra). Si la respuesta es afirmativa, especifique en la línea de la derecha el nombre de la persona a quien aplica.	Si o No	NOMBRE(S)
a) ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, expectoración sanguinolenta, catarro persistente, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
b) ¿Palpitaciones rápidas, opresión en el pecho, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco, tensión arterial elevada o baja, enfermedad de Chagas, diabetes, anemia, flebitis, várices u otras enfermedades del corazón o del aparato circulatorio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
c) ¿Dolor de cabeza, migraña, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos mentales, depresiones nerviosas, neurosis, pérdida de la memoria u otras enfermedades del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
d) ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, cálculos vesiculares, vómitos de sangre, reflujo, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, fistula de recto u otras enfermedades del aparato digestivo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración? ¿Zumbido de los oídos? ¿Síndrome de Meniere?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? ¿Glaucoma, catarata?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
g) ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, lupus, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
h) ¿Enfermedades o defectos congénitos? ¿Problemas en la tiroides? ¿Edemas, inflamaciones de los ganglios linfáticos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
i) ¿Enfermedades o lesiones de la piel, moretes sin razón justificada? ¿Lunares que han crecido, cambiado de color o que pican, lesiones bucales u orales, cambios de coloración en los tejidos de la boca, vitiligo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
j) ¿Enfermedades de las manos, de los pies, de la uña o de la próstata? ¿Úlceras venosas? ¿Problemas en la piel de pliegues, náveles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Proceso de Inclusión de Asegurados Titulares y/o Dependientes



Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta de la 1 a la 6, especifique enfermedad o accidente	Nombre y dirección del médico tratante	¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuela?

MUY IMPORTANTE PARA EL SOLICITANTE (DEBE LEERSE ANTES DE FIRMAR)

Se advierte que conforme al artículo 1141 y 1143 del código de Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla. La omisión en las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto a los hechos que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones. AUTORIZO por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular a mi persona en la recuperación de la salud, para que suministren a: **INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A.** las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevandolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y válida como original.

Autoriza a LA COMPAÑÍA, para que los documentos que acreditan la celebración de la póliza de Seguros, incluyendo las Condiciones Generales así como cualquier modificación realizada, pueden ser enviados al correo electrónico indicado en esta solicitud.

Firma del solicitante

_____ de _____ del 20 _____

Proceso de Inclusión de Asegurados Titulares y/o Dependientes

Inclusión de un nuevo dependiente:



FORMULARIO PARA ADICIÓN DE DEPENDIENTES Seguros

Código: SPN-F.GTP-60

Médico Hospitalario Colectivo

Vida Colectivo

Seguro Médico para PYME

Nombre de la póliza	Número de la póliza	Certificado (si aplica)
Nombre del Empleado:		

Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha de Inclusión	Fecha de Nacimiento

La solicitud debe ser firmada dentro de los 31 días después de la fecha en que se incluya el dependiente, caso contrario deberá llenar el presente formulario y la solicitud de inscripción por cada asegurado dependiente.

Fecha _____ Nombre del Asegurado _____ Firma del Asegurado _____

Inclusión de un nuevo dependiente

Adicional necesitaremos una carta por parte de la empresa y/o corredería solicitando inclusión del dependiente en la póliza actual y Copia de Identidad del dependiente o partida de nacimiento.





Ficohsa | Seguros

RED DE HOSPITALES

TU RED DE HOSPITALES

UBICACIONES

NOMBRE

ZONA NOR – OCCIDENTAL

El Progreso	Clínica Médica Cristiana Clínica Médica Los Ángeles
La Ceiba	Hospital Vicente D´Antoni Hospital Suizo Hospital EuroHonduras
Puerto Cortés	Cemeco Hospital del Caribe
Roatán	Cemesa Roatan Centro Médico Dr. Ramos
San Pedro Sula	Hospital CEMESA Hospital Betesda Quirúrgica Integral Hospital Monte de Sión Policlinica Hondureña COHESA Hospital Otorrino, Cabeza y Cuello Hospital del Valle Centro de Unidades Médicas (Medicina Física y Rehabilitación) Centro Pediátrico Quirúrgico (CPQ)
Villanueva	Clínica Médica Génesis
Santa Cruz de Yojoa	Clínica Médica Santa Cruz Centro Médico Menjívar
Santa Rosa	Centro Médico Santa Rosa
Tela	Centro Médico Lancetilla
Tocoa	Hospital del Aguán Hospital CLIMESA
La Lima	La Lima Medical Center
La Esperanza	Centro Médico Espinoza Carrasco (CEMECA)

TU RED DE HOSPITALES

UBICACIONES	NOMBRE
ZONA CENTRO - SUR	
Tegucigalpa	Centro Médico Quirúrgico (C-Mater Dei)
	Centro Oncológico Hondureño SEDIMA
	Hospital y Clínicas Viera
	Hospital y Clínicas DIME
	Hospital San Jorge El Hato
	Centro Médico Hondureño
	Hospital La Policlínica
	Traumacentro
	Hospital y Clínicas San Jorge
	Hospital Infantil Privado
	Centro Cardiovascular (Servicios Médicos Diversos)
	GAMECA
	GyV Medical, Centro Comercial Unicentro
	Urogyn Supplies
Hospital Centro Urológico Hondureño	
Therafit	
Juticalpa	Hospital y Clínicas Tróchez Montalván
Comayagua	Centro Médico Comayagua Colonial
	Centro Médico del Valle
Choluteca	Clínicas San Francisco de Asís
Siguatepeque	Hospital Evangélico
	Centro Médico Las Mercedes
Valle de Ángeles	Hospital Adventista Del Séptimo día de Valle de Ángeles
Danlí	Clínica San Martín
Catacamas	Centro Médico Monte Sinaí

TU RED de Atención Primaria y Urgencias

Ubicaciones	Nombre
ZONA NOR – OCCIDENTAL	
LA CEIBA	PORSALUD Clínica Ceiba Plaza Premier Plaza Premier Edificio PORSALUD Frente CEUTEC Horario de Atención de 7:00 am - 5:00 pm Teléfono 2580-5454 o 9473-7426
SAN PEDRO SULA	PORSALUD Clínica San Pedro Sula - Barrio Cervecería 16 calle, 3 y 4 Ave. N.O., atrás de Plaza 105, Horario de Atención de 8:00 am - 10:00 pm, Tel. 2580-5454 Atención 24/7.
ZONA CENTRO - SUR – ORIENTE	
TEGUCIGALPA	PORSALUD Clínica Tegucigalpa Metromall Metro Mall, primer nivel frente al Centro Financiero Horario de atención de 8:00 am - 8:00 pm teléfono 2580-5454
	PORSALUD Clínica Tegucigalpa Mall Premier teléfono 2580-5454 Mall Premier, primer nivel, entrada al Gimnasio Horario de atención de 8:00 am - 8:00 pm
	PORSALUD Clínica Tegucigalpa Col. El Pedregal Colonia El Pedregal, segundo nivel Supermercado La Colonia # 11 Horario de atención de 8:00 am - 8:00 pm teléfono 2580-5454
	PORSALUD Clínica Tegucigalpa Avenida La Paz, ½ cuadra antes de la embajada Americana, contiguo a Texaco, Horario de atención de 24/7 Teléfono 2280-5454
	Servicios de Ambulancia 24/7 Tel. 2280-5252

- 1.KIELSA**
- 2.SIMAN**
- 3.PUNTO FARMA**
- 4.PORSALUD**

