



**Ficohsa | Seguros**

**COBERTURAS Y GARANTÍAS**

**SEGURO DE SALUD  
Y  
VIDA COLECTIVO**



## 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:         |                          |                         |
| PORSAJUD: 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.<br>-Cubierto hasta el cumplimiento de los 70 años de edad.<br>-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.<br>-Cubierto hasta el cumplimiento de los 70 años de edad.<br>-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.<br>-Cubierto hasta el cumplimiento de los 70 años de edad.<br>-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 culposo) 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<br>(20% de los primeros L. 200,000.00<br>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<br>y Neurólogo                                  | L 1,000.00<br>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<br>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%<br>Límite de compra L. 2,000.00<br>Se aplicará deducible  |
| Red de Proveedores y condiciones de uso descritas en el Anexo 1 y disponible en <a href="http://www.ficohsaseguros.com">www.ficohsaseguros.com</a>   | Médicos Especialistas y Hospitales  |
| Ashonplafa:<br>Consulta Medico General<br>Consulta Médico Especialista<br>Servicio de Laboratorio<br>Servicio de Radio imagen<br>Servicio de Farmacia<br>Procedimientos Quirúrgicos<br>Otros Servicios | L. 195.00 Co-pago<br>L. 250.00 Co –pago<br>30% de Coaseguro<br>30% de Coaseguro<br>30% de Coaseguro, sin límite de compra<br>30% de Coaseguro<br>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<br>(20% de los primeros L. 200,000.00<br>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  | <b>L 800.00</b>   |
| Medico Especialistas Cardiólogo<br>y Neurólogo                                  | <b>L 1000.00</b>  |
| Honorarios Médicos por hospitalización emergencia y procedimientos quirúrgicos. | <b>L 1,100.00</b><br>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)<br>Coberturas para Enfermedades Congénitas, Enfermedades Contraídas en el Hospital y Nacimientos Prematuros, limitado hasta<br>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<br>Desde los 10 días de su nacimiento hasta los 10 años<br>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.<br>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<br>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%<br>Límite de compra L. 2,000.00<br>Se aplicará deducible en farmacia   |
| Red de Proveedores y condiciones de uso descritas en el Anexo 1 y disponible en <a href="http://www.ficohsaseguros.com">www.ficohsaseguros.com</a>   | Médicos Especialistas y Hospitales   |
| Ashonplafa:<br>Consulta Medico General<br>Consulta Médico Especialista<br>Servicio de Laboratorio<br>Servicio de Radio imagen<br>Servicio de Farmacia<br>Procedimientos Quirúrgicos<br>Otros Servicios | L. 195.00 Co-pago<br>L. 250.00 Co -pago<br>30% de Coaseguro<br>30% de Coaseguro<br>30% Coaseguro, sin límite de compra<br>30% de Coaseguro<br>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<br>(20% de los primeros L. 200,000.00<br>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<br>y Neurólogo                                  | L 1000.00   |
| Honorarios Médicos por hospitalización emergencia y procedimientos quirúrgicos. | L 1,100.00<br>Según tabla de referencia de Honorarios Médicos REDHSA.   |

# COBERTURAS Y BENEFICIOS

## GASTOS MEDICOS



|   |   |
|---|---|
| Cobertura de Maternidad   | Limitada/25   |
| Pre y Post Natal  | <b>No Amparado</b>  |
| Parto Normal  | L. 25,000.00  |
| Cesárea   | L. 35,000.00  |
| Aborto, amenaza de aborto y embarazo ectópico   | L. 17,000.00<br>(máximo de reembolso)   |
| Periodo de Espera para la Cobertura de Maternidad.  | La concepción debe ocurrir después el primer día de cobertura continúa.   |
| Sala Cuna.<br>Honorarios del pediatra por la Atención del parto normal o Cesárea.   | <b>L. 3,000.00</b><br><b>L.7,000.00</b><br><b>(Maximo de Reembolso)</b>   |
| 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)<br>Para niños nacidos dentro y fuera de la vigencia de la póliza                            | Desde los 10 días de su nacimiento hasta los 10 años<br>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<br>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%<br>Límite de compra L. 2,000.00<br>No aplica deducible  |
| Red de Proveedores y condiciones de uso descritas en el Anexo 1 y disponible en <a href="http://www.ficohsaseguros.com">www.ficohsaseguros.com</a>   | Médicos Especialistas y Hospitales  |
| Ashonplafa:<br>Consulta Medico General<br>Consulta Médico Especialista<br>Servicio de Laboratorio<br>Servicio de Radio imagen<br>Servicio de Farmacia<br>Procedimientos Quirúrgicos<br>Otros Servicios | L. 195.00 Co-pago<br>L. 250.00 Co -pago<br>30% de Coaseguro<br>30% de Coaseguro<br>25% del Límite de compra<br>30% de Coaseguro<br>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 únicamente 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? Sí  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? Sí  No  ¿Requiere Ayudante? Sí  No
- ¿Requiere Anestesiólogo? Sí  No  ¿Requiere Médico Adicional? Sí  No
- Justifique la participación del médico adicional \_\_\_\_\_
- ¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Sí  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 plomero, soldador,  | <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 \_\_\_\_\_







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  |
|------------------------------------|---|
| <b>ZONA NOR – OCCIDENTAL</b>       |   |
| <b>LA CEIBA</b>                    | <p><b>PORSALUD</b> Clínica Ceiba Plaza Premier Plaza Premier Edificio PORSALUD Frente CEUTEC<br/>                     Horario de Atención de 7:00 am - 5:00 pm Teléfono 2580-5454 o 9473-7426</p>   |
| <b>SAN PEDRO SULA</b>              | <p><b>PORSALUD</b> 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.</p>   |
| <b>ZONA CENTRO - SUR – ORIENTE</b> |   |
| <b>TEGUCIGALPA</b>                 | <p><b>PORSALUD</b> Clínica Tegucigalpa Metromall Metro Mall, primer nivel frente al Centro Financiero<br/>                     Horario de atención de 8:00 am - 8:00 pm teléfono 2580-5454</p> <p><b>PORSALUD</b> Clínica Tegucigalpa Mall Premier teléfono 2580-5454<br/>                     Mall Premier, primer nivel, entrada al Gimnasio Horario de atención de 8:00 am - 8:00 pm</p> <p><b>PORSALUD</b> Clínica Tegucigalpa Col. El Pedregal Colonia El Pedregal, segundo nivel<br/>                     Supermercado La Colonia # 11 Horario de atención de 8:00 am - 8:00 pm teléfono 2580-5454</p> <p><b>PORSALUD</b> Clínica Tegucigalpa Avenida La Paz, ½ cuadra antes de la embajada Americana,<br/>                     contiguo a Texaco, Horario de atención de 24/7 Teléfono 2280-5454</p> |
|                                    | <p><b>Servicios de Ambulancia 24/7 Tel. 2280-5252</b></p>   |

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

