



**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS
CONDICIONES ESPECIALES
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO
POLIZA GM088-00000018**

VIGENCIA:

**DESDE: 28 DE MAYO DE 2026 A LAS 12:00 Meridiano
HASTA: 28 DE MAYO DE 2027 A LAS 12:00 Meridiano**

INTERES ASEGURABLE: Agremiados del Instituto de Previsión Social del Profesional del Derecho.

BASE DEL SEGURO:
"Contributivo"

RIESGOS CUBIERTOS

Gastos Médicos por Enfermedad o Accidente.

COBERTURAS

- Reembolso de Gastos Médicos
- Reembolso o pago directo a proveedores de Gastos Hospitalarios
- Límite Geográfico: Cobertura Centroamericana.

DEFINICIONES:

ACCIDENTE:

Es la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente lesiones corporales que requieran tratamiento médico o quirúrgico.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará accidente cubierto:

- La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
- Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas, medicamentos o alimentos.

ENFERMEDAD:

Alteración involuntaria de la salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea dictaminado por un médico y que haga precisa la asistencia de un facultativo en la Materia.

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como un sólo evento.

ASEGURADO:

Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado.

MAXIMO VITALICIO:

Es la cantidad que representa el límite máximo de responsabilidad de la compañía por cada Asegurado, y que reembolsará por una o más Enfermedades o accidentes cubiertos, mientras goce de cobertura en la póliza, una vez agotada la suma máxima, la compañía procederá a dar de baja al cliente asegurado

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

DEDUCIBLES:

Es el monto que cada asegurado debe seguir por cuenta propia en un evento o bien debe acumular durante el año póliza por razón de gastos elegibles cubiertos y que está indicado en estas condiciones particulares.

Después de satisfecho el deducible la compañía de seguros pagara a cada asegurado o dependiente elegible el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza. Ni el coaseguro, ni el copago, con los que la persona asegurada o dependiente elegible participa en los gastos elegibles, podrán ser usados para satisfacer el deducible.

El deducible tiene que ser satisfecho por persona por cada año póliza.

COASEGURO:

De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado después de descontado el deducible.

GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS

Se entenderán como tales, aquellos cuyo monto o valor han sido fijados entre los prestadores de servicios médicos y La Aseguradora 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.

ELEGIBILIDAD:

Todos los afiliados existentes y reportados por el **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO**, con una edad de ingreso desde los 18 hasta el cumplimiento de los 70 años. La edad de permanencia se extiende hasta el cumplimiento de los 80 años.

Únicamente tendrán cobertura hasta el cumplimiento de los 85 años las personas que estén dentro del listado inicial y que tengan cobertura continua desde la vigencia anterior.

Condiciones:

- El asegurado deberá de llenar siempre la solicitud de Inscripción, y someterla al análisis de la Compañía.

1. CAMBIOS EN LA COBERTURA DEL SEGURO:

Cualquier cambio en la cobertura del Seguro será efectivo a partir de la fecha en que la Compañía reciba la notificación por escrito del Contratante y la misma sea autorizada por la compañía.

2. TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

El Seguro terminará automáticamente en la fecha en que el mismo cumple los 80 años, por consiguiente, la Compañía queda liberada de toda obligación por el acaecer del Riesgo y el Contratante y/o asegurado solo tendrán derecho a la devolución de la prima que por dichos asegurados hubiese pagado en el año póliza siempre que la compañía no haya efectuado el pago de reclamos.

La cobertura cesará automáticamente a las 12:00 horas meridiano del día en el que el asegurado principal o sus dependientes alcancen la edad máxima de permanencia en la póliza.

3. COBERTURA DE LA POLIZA DE SEGURO

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de un padecimiento cubierto, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, LA COMPAÑÍA pagará o reembolsará los gastos por los siguientes conceptos hasta la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, ajustándola previamente en su caso al deducible y coaseguro, así como las limitaciones consignadas en la póliza.

El importe por concepto de los honorarios médico-quirúrgicos será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médico-quirúrgicos, según el plan contratado y zona geográfica de contratación, si el pago se realiza vía reembolso.

Para la póliza se ha establecido una prima en estas Condiciones Particulares y todo gasto está sujeto a los Deducibles, Exclusiones y Limitaciones, Máximo Vitalicio y demás condiciones para esa cobertura contenidas en las condiciones particulares y en las condiciones generales, prevaleciendo las primeras sobre las segundas y lo que no se especifique en las particulares, se aplicaran las Condiciones Generales. Los beneficios que son efectivos en la fecha efectiva de la póliza son los que se detallan a continuación si no se detalla cantidad alguna en estas condiciones especiales, no se proporciona cobertura alguna.

A continuación, se expone el plan de aseguramiento.

Tabla De Beneficios:	
Coberturas	Centroamericana
Categoría I: Máximo Vitalicio 18 a 50 años	L. 350,000.00
Categoría II: Máximo Vitalicio 51 a 69 años	L. 240,000.00
Categoría III: Máximo Vitalicio 70 a 85 años	L. 175,000.00
Edad de permanencia para listado inicial	Cumplimiento 85 años
Edad de permanencia para nuevos ingresos (Emisión año 2022)	Cumplimiento 80 años
Máximo Vitalicio por Gastos de SIDA 50%	Según el Máximo de cada Categoría
Cuarto y Alimentos dentro de C.A.	L. 1,000.00
Deducible (Año póliza).	L.2,600.00
Coaseguro	75 / 25
Coordinación de Beneficios	AMPARADO
Control ginecológico	AMPARADO
Mamografía	AMPARADO
Consulta Médica; Valor elegible	L. 700.00
Medico General	L. 1,000.00
Médico Especialista	L. 1,100.00
Medico Neurólogo y Cardiólogo	L. 1,100.00
<u>Maternidad como cualquier incapacidad.</u>	
Para embarazos que inicien desde el Sexto mes de permanecer en la Poliza	AMPARADO
Periodo de Espera para nuevos ingresos: 6 Meses.	

Examen PSA una vez al año (40 Años)	AMPARADO
Extracción de terceras morales impactadas	L. 1,500.00
<u>Ambulancia Terrestre</u> Vía Asistencia y Hasta L. 1,500.00; previa autorización por parte de la compañía	AMPARADO
Continuidad de cobertura para los asegurados cuya cobertura haya estado vigente y continua en la vigencia inicial de la póliza.	AMPARADO
Periodo Máximo para la presentación de reclamos	180 días
Monto Mínimo para Precertificación	L. 5,000.00
<u>Ambulancia Aérea</u> Para traslados del Extranjero dentro de C.A.	\$ 10,000.00
Medicamentos y material quirúrgico requerido mediante atención en hospitales públicos	Amparado mediante diagnóstico y prescripción médica
Período de Espera para Enfermedad Preexistentes (Aplica para Nuevos Ingresos)	12 meses
Período de Espera para Enfermedades Graves (Aplica para Nuevos Ingresos)	24 meses
Asistencia Médica Primaria	AMPARADO
Laboratorio por Reembolso	75/25 Limite por Vigencia L. 20,000.00
Red de Hospitales	25% Coaseguro
<u>Red de Farmacia</u> Mínimo de Compra de L. 2,500.00 Máximo de Compra de 5,000.00	65/35 Coaseguro

**El pago de reembolsos quedara sujetos a Tabla de Referencia DE
REDHSA.**

DETALLE DE PRIMA POR ASEGURADO

DETALLE		
PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO	L	2,605.00

CONDICIONES ADICIONALES

- a) Los reclamos de Gastos Médicos serán liquidados en un tiempo de diez (10) días hábiles contando a partir de que el asegurado entregue todos los documentos completos a la aseguradora, cuando sean ingresados por segunda vez.
- b) La vigencia de las recetas de medicamentos de uso continuo será de 6 meses.

Coordinación de Beneficios

Si el asegurado al momento de iniciar la cobertura bajo esta póliza tiene otro (s) plan de gastos médicos similar con otra (s) compañía (s), un plan cubrirá en su totalidad los beneficios en el contratado como pagador primario y el otro plan pagará beneficios como pagador secundario.

La coordinación de beneficios aplicara de la siguiente forma:

- Otro (s) plan de gastos médicos similar con otra (s) compañía (s), será el plan primario.
- El plan de gastos médicos amparado bajo esta póliza será el plan secundario.

La coordinación de beneficios se aplicará bajo las siguientes reglas:

- En el caso del deducible y el coaseguro de los gastos cubiertos en el plan primario, se pagarán en un 100%.
- Los gastos no cubiertos en el plan primario y excesos ya sea en honorarios médicos o cualquier otro servicio, no estarán sujetos a coordinación de beneficios.

Si un asegurado bajo esta póliza, está cubierto también bajo otro plan emitido por Aseguradora Rural Honduras, e incurre en gastos elegibles en ambas pólizas, se aplica las reglas mencionadas en los párrafos anteriores y se usara con un plan primario la póliza donde el asegurado tenga mayor antigüedad.

Para realizar la coordinación de beneficios el asegurado deberá presentar a seguros Banrural, copia de los documentos del reclamo y copia de la liquidación del reclamo, realizada por la otra compañía de seguros.

- c) Podrán incluirse y excluirse asegurados en todo momento, mediante una solicitud escrita por parte del contratante reportando el movimiento, por cada inclusión se debe presentar la solicitud de inscripción de colectivo de gastos médicos y adjuntar copia del DNI del asegurado, las primas se cobrarán a prorrata en base a meses completos según la fecha de ingreso del asegurado a la póliza.
- d) En caso de bajas, es responsabilidad del contratante hacer la retención del carnet de GM al asegurado excluido, ya que el contratante se hará responsable ante la compañía de seguros, por cualquier gasto ocasionado por el asegurado excluido con fecha posterior a la fecha de la baja en la póliza.

PREEXISTENCIAS

Se otorga continuidad de cobertura para los asegurados, cuya cobertura haya estado vigente y continua en la compañía de seguros anterior.

El periodo de espera enfermedades preexistentes No Graves declaradas y aceptadas por la compañía será de 12 meses, para las enfermedades graves será de 24 meses; mismas que aplican para nuevos ingresos.

CONTINUIDAD DE COBERTURA

Se refiere a la obligación que tiene la compañía de mantener cobertura a enfermedades preexistentes declaradas y elegibles, las cuales ya hayan cubierto sus respectivos periodos de espera o hayan sido aceptadas en la compañía anterior, en los casos que no hayan cubierto este periodo, deberán cumplir con los respectivos periodos de espera que sean elegibles en nuestra compañía. también se aplican las exclusiones de la póliza.

Para tener el beneficio de continuidad de cobertura, el asegurado debe tener cobertura ininterrumpida en la vigencia anterior y haber sido incluidos en el traslado inicial en nuestra compañía.

MOVIMIENTOS DE LA POLIZA

En el caso de los reportes mensuales, el contratante tiene hasta el 20 de cada mes para enviarnos el reporte de asegurados, para que la compañía pueda revisar y facturar.

En el caso de las inclusiones, el contratante deberá de enviar la solicitud de inclusión con su copia de DNI, para que la compañía pueda evaluar la asegurabilidad.

En las cancelaciones el contratante enviara nota indicando los asegurados con su respectiva fecha de baja.

PRECERTIFICACIONES

Pre-certificación medica en Honduras. Todas las hospitalizaciones o cirugías programadas y/o exámenes de diagnóstico especializados cuyo costo sea mayor a los L. 5,000.00 deberá ser pre-certificadas con al menos 3 días hábiles antes de su realización, para ser evaluadas y aprobadas por la compañía; cualquier ampliación de tratamiento que no guarde relación con la pre-certificación aprobada, deberá notificarse a la compañía para su debida aprobación.

- a) En el caso de Maternidad, se sugiere pre-certificar con al menos 20 días previos al parto, para evitar inconvenientes en caso de que el mismo se adelante o se atrase.
- b) Para cualquier procedimiento programado o electivo, la compañía se reserva el derecho de solicitar una segunda y/o tercera opinión médica.
- c) De no cumplir con el procedimiento de pre-certificación médica, el asegurado deberá pagar el total de la cuenta y presentarla para su reembolso, en este caso los gastos elegibles se reembolsarán al 50% en base a los costos razonables y acostumbrados.
- d) El procedimiento de pre-certificación no aplicará en caso de emergencias y accidentes.
- e) Pre-certificación Fuera de Honduras. Los gastos médicos incurridos fuera de Honduras se reembolsan cuando el asegurado haya sido remitido por el Médico de cabecera para recibir tratamiento en el exterior por no poderse llevar a cabo dentro del país, en cual deberá ser pre-certificado a la compañía para su debida autorización y con al menos 5 días previos al viaje.

En caso de aplicarse el tratamiento sin la debida autorización y posterior al viaje se presente el reclamo, el mismo será reembolsado al 50% después de aplicarse el deducible correspondiente.

MATERNIDAD

Gastos de maternidad pre-post natal, sala, parto normal, cesárea, aborto espontaneo no provocado intencionalmente.

COVID-19

No aplica periodo de espera para los asegurados que presenten su carnet con el esquema de vacunación completo contra la COVID-19. Para los asegurados que no hayan completado el esquema de vacunación, aplicará un periodo de espera de 6 meses. En cualquier caso, se otorga la cobertura hasta el máximo vitalicio.

RED DE PROVEEDORES

La Red de Proveedores es un beneficio adicional. La compañía aseguradora se reserva el derecho a definir las condiciones para su uso, al igual que realizar modificaciones a la misma en cualquier momento.

El asegurado no ésta en la obligación de utilizar los servicios de la Red de Proveedores de la compañía, puesto que tiene el derecho de presentar el reclamo de sus gastos médicos elegibles para su respectivo trámite de reembolso.

Asistencia, el servicio de asistencia será brindada a través de **“Clínicas Medicas Caribe Honduras”**.

Coberturas	Eventos al año	Cobertura máxima USD
1. Telemedicina (Plataforma Doctor Caribe)	Sin límite	Incluida
2. Médico General Consulta presencial)	Sin límite	Incluida
3. Medicamentos de choque (dosis única el día de la consulta)	Sin límite	Incluida
4. Consulta con especialistas GRATIS:		
• Pediatra	Sin límite	Incluida
• Internista		
5. Traslado en ambulancia	4 eventos	USD. 200.00
6. Orientación médica telefónica	Sin límite	Incluida
7. Orientación médica por WhatsApp	Sin límite	Incluida
8. Médico a domicilio	4 eventos	USD. 40.00
9. Conexión con red de proveedores	Sin límite	Incluida
10. Servicios complementarios: farmacia, laboratorio y especialistas (A precio preferencial para los asegurados)	Sin límite	Incluida

- Llamadas telefónicas **2216-5440**
- Consultas vía WhatsApp **3181-4922**
- APP “Doctor Caribe”, ingresando el numero de la póliza y numero completo de certificado, con este tiene acceso a video consulta.

RED DE FARMACIAS

- COASEGURO DE LA RED DE FARMACIAS ES DEL 35%
- Monto mínimo para hacer uso de la red de farmacia es L. 2,500.00
- Monto máximo para hacer uso de la red de farmacia es L. 5,000.00

La farmacia atenderá la solicitud del asegurado, requiriéndoles:

- a. El carné digital del Seguro Médico.
- b. DNI del Asegurado
- c. Las recetas extendidas por el médico deberán incluir el reverso de estas el diagnostico (sin manchones, alteraciones o tachaduras)
- d. Cubrir el COPAGO del 35% sobre el valor total de la factura.

Red de Farmacia: En caso de que el monto de la compra supere el límite máximo establecido por la póliza, el asegurado deberá cubrir el costo total del medicamento y gestionar posteriormente por reembolso conforme a los procedimientos establecidos por la Aseguradora.

SERVICIO DE HOSPITALES

Al producirse una enfermedad o accidente, el asegurado podrá obtener la atención médica necesaria en forma más rápida y fácil en hospitales teniendo la disponibilidad para lo cual se presentará una lista de hospitales de renombre y prestigio en nuestro país. Así mismo en las clínicas y médicos que puedan atender emergencias. Sin embargo, si el asegurado lo prefiere podrá obtener asistencia en cualquier hospital, clínica o médico que este a su alcance y presentar el reclamo para ser pagado vía reembolso.

- La compañía cubrirá todos los gastos médicos elegibles en un setenta y cinco por ciento (75%), automáticamente en los diferentes hospitales del país.
- En el caso de procedimientos programados para realizarse en el extranjero, el asegurado deberá pre-certificar y se autorizarán solo aquellos casos donde el paciente sea remitido por su médico de cabecera y que el procedimiento no pueda ser realizado en el país.
- Servicios y Suministros hospitalarios.
- Mínimo de L.2,000.00 para emergencia.

- La compañía pagará el setenta y cinco por ciento (75%) del valor asegurado y el hospital mandará a dicha compañía los documentos de la enfermedad debidamente refrendado por el médico que asistió al paciente con el número y sello otorgado por el colegio médico de honduras, para el cobro respectivo al hospital.
- El Veinticinco por ciento (25%) lo pagará el paciente al momento de darle el alta.
- Las intervenciones quirúrgicas y exámenes médicos especiales URGENTES se realicen sin autorización previa.
- Para efecto de cálculo de gastos médicos a reconocer se deberá tomar como base el valor del sub limite otorgado, según sea consulta general o especializada, independientemente del número de consultas que asista.
- No se aplicará deducible en las hospitalizaciones dentro de la red.

EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre gastos médicos u hospitalarios, ni los beneficios de las coberturas adicionales como consecuencia de:

- Los gastos originados por enfermedades preexistentes.
- Cualquier gasto generado fuera del territorio nacional. (Excepción si la póliza cuenta con cobertura a nivel centroamericana u otra delimitación territorial.
- Los gastos originados por malformaciones o enfermedades congénitos.
- Los gastos originados por cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico; estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje cualquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas.
- Tratamientos y medicamentos para una incapacidad surgida a consecuencia de un accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de cobertura de un asegurado bajo la presente póliza.
- Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño, aprendizaje, epilepsia.
- Tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol; siempre y cuando, en este caso se compruebe mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran mayores al límite establecido en la Ley de Penalización de la Embriaguez Habitual.
- Los gastos originados por tratamiento de calvicie, anorexia, bulimia, control de peso y acné.
- Gastos por tratamientos hormonales.

- Tratamientos y medicamentos del síndrome de climaterio, menopausia, y/o andropausia y sus complicaciones.
- Tratamientos dietéticos, médicos, farmacológicos y/o quirúrgicos para reducción de peso o control de obesidad, cualquiera que sea su causa, aunque sean recetados por un médico autorizado, vacunas preventivas.
- Gastos por tratamientos médicos que no sean necesarios.
- Gastos que no hayan sido prescrito por un médico legalmente autorizado.
- Los gastos originados por intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones, entendiéndose también como una de este tipo de tratamientos el embarazo múltiple, parto prematuro o abortos voluntarios, provocados o inducidos.
- En el caso de trasplante de órganos no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, así como cualquier tipo de gratificación o remuneración que reciba.
- Los gastos originados por tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía originados previo al periodo de espera de 24 Meses.
- Los gastos originados por anteojos y lentes de contacto.
- Los medicamentos para la disfunción eréctil, así como todos aquellos productos que se consideran complementos alimenticios, como los que se mencionan a continuación en forma enunciativa, mas no limitativa: vitaminas, proteínas, leches, fórmulas lácteas. Así como toda sustancia, suplemento o medicamento no autorizado por la Secretaría de Salud de Honduras para su venta y/o consumo.
- Tratamientos que no son reconocidos por la practica medico científica, o tratamientos que no son aceptados por ser experimentales o de beneficios inciertos para el paciente:
 - ❖ Los realizados por acupunturistas, naturistas, vegetarianos, veganos y homeópatas. Así como el tratamiento médico o quirúrgico sobre la base de hipnotismo.
 - ❖ Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, naturistas, hipnotismos y trata experimentales o de investigación.
 - ❖ De naturaleza experimental o de investigación
 - ❖ Tratamientos en centros SAP e hidro clínicas.
- Los gastos originados por tratamientos que requiera el Asegurado infectado por el VIH y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir 24 meses de cobertura continua e ininterrumpida con La Aseguradora; para el caso del recién nacido infectado con el VIH no se cubrirán dichos tratamientos ni gastos si la madre no cuenta con 24 meses de cobertura continua e ininterrumpida con La Aseguradora. Además de lo mencionado anteriormente, una vez transcurridos los 24 meses del periodo de espera no se cubrirán los gastos para el diagnóstico

del VIH o SIDA, así como cualquier tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Hondureña para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud de Honduras.

- Los gastos originados por cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los enfermedades, afecciones o intervenciones no cubiertas o excluidas en este contrato.
- Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste que no esté autorizado por La Aseguradora.
- Cualquier gasto en exceso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados, aunque tenga cobertura en la póliza.
- 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, especificado en las coberturas.
- Cualquier exceso sobre los límites de cobertura establecidos en las condiciones particulares de la póliza.
- Objetos de Confort Personal.
- Tratamientos de Enfermedades de transmisión sexual. (se Excluye el VIH, ya que se otorga como cobertura, siempre y cuando supere los periodos de espera correspondientes.
- Circuncisiones únicamente está cubierta en el caso de infecciones comprobadas.
- Gastos no relacionados con el tratamiento como son: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas y cosméticos, alimentos de acompañante, caja fuerte, concepto de fianza, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de videograbadora, vídeo casete, control de televisión, wifi, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido perforación del lóbulo de la oreja y trámites del registro del bebe.
- Los gastos originados por suicidio o conato de él, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- Lesiones autoinfligidas, mutilación voluntaria, y cualquier consecuencia de la acción voluntaria del asegurado que ponga en riesgo su salud o su vida, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.
- Alquiler, compra o reposición de prótesis, órtesis, implantes, vaporizadores, nebulizadores, equipo para ejercicio.
- Los gastos originados por lesiones producidas en riñas provocadas por el asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, terrorismo, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto. Cabe mencionar que para que las lesiones producidas por asalto no formen parte de esta exclusión, deberán ser notificadas a las autoridades correspondientes y serán

consideradas como accidente.

- Los gastos originados por las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.
- Tratamientos por síndrome de fatiga crónica.
- Terapias o tratamientos para problemas de aprendizaje.
- Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el crecimiento.
- Gastos por concepto de alquiler o compra de equipo médico (No desechable) fuera del hospital, por ejemplo: muletas, sillas de ruedas, tanques de oxígeno, andadores, tocones para yeso, zapatos especiales u ortopédicos, cabestrillo, etc
- Los gastos originados por homicidio cuando resulte de la participación directa del asegurado en actos delictivos.
- Los gastos originados por lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictivos.
- No serán cubiertos los gastos originados por las cirugías con fines puramente estéticos o reconstructivos ni las complicaciones que deriven de las mismas, exceptuando las que sean a consecuencia de un accidente.
- Los gastos originados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares.
- Cualquier gasto que no esté dentro de las coberturas de la póliza.
- No se cubre la responsabilidad civil a cargo de médicos, hospitales o cualquier prestador derivado del servicio recibido.
- Afecciones que resulten o deriven de alcoholismo y/o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
- Cualquier gasto derivado de una enfermedad en el que se haya requerido segunda valoración y ésta no se realice.
- Exclusiones que figuren en las condiciones de esta póliza.
- Gastos médicos en que se incurra cuando la póliza no esté vigente o haya sido cancelada.
- Tratamiento médico o quirúrgico para corrección de pie plano, pie equino y hallux-valgus o juanetes.
- Gastos por acné juvenil, ya sea este inflamatorio o no y verrugas vulgares; se cubrirán los gastos de acné juvenil siembre y cuando exista una valoración, evaluación y autorización medica por parte de Seguros Banrural Honduras S.A.
- Cualquier enfermedad y/o complicación causada por negligencia del personal médico tratante, incluyendo las enfermedades y complicaciones derivadas de la mala praxis médica.
- Cualquier tratamiento o complicación por la enfermedad de Chagas.
- Los gastos originados por tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del asegurado por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado.

- No serán cubiertos los gastos originados por las lesiones que sufran los asegurados:
 - a. Como ocupante de cualquier vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
 - b. En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor. (a excepción en los casos en los cuales el asegurado lo utilice como medio de transporte).
 - c. Lesiones o enfermedades causadas por; la práctica de deportes extremos y/o peligrosos como ser; de Charrería, Tauromaquia, Paracaidismo, motocross, alpinismo, jaripeo, esquí, salto de bungee, canopy, buceo, paracaidismo y otros.
- Las exclusiones ya establecidas en las coberturas otorgadas.
- Los gastos que sobrepasen los límites establecidos en las coberturas otorgadas.

CLAUSULA ARBITRAL:

Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionadas, directa o indirectamente con este contrato, ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación de este, se resolverá mediante el procedimiento y arbitraje, de conformidad con el reglamento del centro de conciliación y arbitraje de la cámara de comercio e industria de Tegucigalpa.

ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios

Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indevido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

Extendido en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio Distrito Central, el 28 de mayo del 2026.



Gerencia General
Aseguradora Rural

ASEGURADORA RURAL HONDURAS, S.A.
Representante Legal