

## **SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.**

### **PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE CONDICIONES GENERALES**

#### **CLÁUSULA 1. CONFORMIDAD DEL CONTRATO**

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o Póliza emitida por la Aseguradora, podrá devolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiera recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la Póliza o contrato.

Se considerarán aceptadas las ofertas de prórroga, renovación, modificación o restablecimiento de un contrato, hechas en carta certificada o cualquier otro medio escrito o electrónico con acuse de recibo. Si la Aseguradora no contesta dentro del plazo de quince (15) días, contados desde el siguiente al de la recepción de la oferta, siempre que no estén en pugna con disposiciones imperativas del Código de Comercio o de esta Ley.

#### **CLÁUSULA 2. CONTRATO**

Estas condiciones generales, la solicitud, la carátula, los anexos o endosos, condiciones especiales y particulares que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación del Asegurado, constituyen el contrato entre el Asegurado y la Aseguradora.

#### **CLÁUSULA 3. OBJETO DEL SEGURO**

La Aseguradora reembolsará al Asegurado los gastos médicos incurridos a causa de un accidente de acuerdo a estas Condiciones Generales, Anexos y Endoso y lo estipulado en la Carátula de la Póliza y Condiciones Particulares siempre y cuando no estén expresamente excluidos en este contrato.

#### **CLÁUSULA 4. DEFINICIONES**

**ASEGURADORA:** la Institución de Seguros denominada **SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.**

**ANEXO:** Documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una

vez que han sido suscritos y/o aprobados por la institución de seguros y el contratante, según corresponda.

**ACCIDENTE:** Para efectos de esta Póliza se entenderá por accidente Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

**ASEGURADO:** Es la persona indicada en la Carátula de la Póliza objeto del seguro.

**CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las instituciones de seguros para regular los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro, siempre y cuando sean comunicadas al asegurado.

**CONDICIONES ESPECIALES:** Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar coberturas, reducir algunas exclusiones, aclarar cláusulas y en general, modificar el contenido o efectos de las condiciones generales o particulares de la póliza.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Estipulaciones del contrato de seguro relativas a la naturaleza del riesgo cubierto que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y los beneficiarios, si los hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, el lugar y la forma de pago, vencimiento de la prima, la vigencia del contrato, entre otros.

**CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Se entiende por condiciones pre-existentes, enfermedades, lesiones, condiciones o síntomas que se hubieren manifestado dentro de los dos (2) años anteriores a la fecha de efectividad de la cobertura para la persona asegurada; que tuvo advertencia médica o consultó a un médico, que recibió tratamiento médico, servicios o suministros, que se le ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico, tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas; aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos inducirían a una persona normalmente prudente a asistir o consultar un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

**DEPENDIENTES:** El cónyuge o conviviente del Asegurado Titular y todos los hijos(as) solteros(as) dependientes económicamente, incluyendo hijastros(as), menores de 25 años.

**GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de las lesiones; las características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel profesional de las personas encargadas de la atención.

**SUMA ASEGURADA:** Es la cantidad máxima que pagará La Aseguradora por cada Asegurado, a consecuencia del riesgo cubierto de acuerdo a las estipulaciones consignadas en esta Póliza y los documentos que forman parte de la misma. Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de La Aseguradora provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en la Solicitud de Seguro.

#### **CLÁUSULA 5. VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza que se hará constar en la Carátula de la Póliza.

La vigencia es anual.

#### **CLAÚSULA 6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES**

El Asegurado perderá todo derecho a las indemnizaciones y la Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta Póliza cuando el Asegurado realice declaraciones que fueren falsas, inexactas o que contengan omisiones voluntarias, en la Solicitud de Seguro o cualquier otro documento que entregue a la Aseguradora respecto a hechos o circunstancias importantes para la apreciación y/o evaluación del riesgo al que se le dará cobertura.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurador no habrían dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave. El asegurador perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia. El asegurador tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligado el asegurador a pagar la indemnización. Si el seguro concerniera a varias cosas o personas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1137 del Código de Comercio. Si el contratante hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato,

mediante manifestación que hará el asegurado dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia. Si el siniestro ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por el asegurador o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieran noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor del asegurador las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero.

#### **CLÁUSULA 7. PRIMAS**

El monto de la prima a pagar es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los Asegurados del Grupo Familiar en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha. Las primas se pagarán al momento de la celebración del contrato. El Asegurado podrá optar por las modalidades de pago anual, semestral, trimestral y mensual.

#### **CLAÚSULA 8. PERÍODO DE GRACIA**

El Contratante dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la Póliza, si el pago no es efectuado, el contrato cesará en sus efectos automáticamente. En el caso que se pacten pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado período de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes. En caso de siniestro, La Aseguradora deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

#### **CLÁUSULA 9. RENOVACIÓN**

La prima vencerá el día que se indica en las Condiciones Particulares a las 12:00 horas del mediodía, podrá ser renovada por otro período igual y bajo las mismas condiciones o aquellas que establezca la Compañía, siempre que el Asegurado lo solicite por escrito y pague la prima correspondiente, pero la Compañía se reserva el derecho de no renovar ésta póliza al final de cada vencimiento, pero la Aseguradora deberá comunicar al Asegurado este hecho, con quince (15) días de anticipación, con acuse de recibo.

#### **CLÁUSULA 10. COBERTURA**

La Aseguradora reembolsará al Asegurado, los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente éste incurra a consecuencia de un accidente amparado y hasta el límite de la suma asegurada, siempre que estos sean provenientes de: hospitalización; asistencia médica, quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia y gastos de hospitalización.

#### **CLÁUSULA 11. EXCLUSIONES**

El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre:

- a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, autoinferidas, o por terceros con su consentimiento.
- b) La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente y práctica de deportes riesgosos tales como el fútbol, esquí acuático, polo, pesca en alta mar, rodeo, rugby, boxeo, béisbol, pesca submarina cacería, patinaje sobre ruedas o sobre hielo, chueca, cacería a caballo, ascensión a altas montañas, y cualesquiera otras actividades deportivas o artística, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- c) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia 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 iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez habitual; así como de drogas o alucinógenos (a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica), sustancias ilegales o el uso inapropiado de medicamentos. Estos casos deberá ser calificados por la autoridad competente.
- d) Cualquier viaje realizado en transporte aéreo, excepto cuando viaje en calidad de pasajero, en un vuelo operado por una empresa comercial de transporte aéreo, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros, sujeta a itinerario.
- e) Tratamientos fisioterapéuticos.

#### **CLÁUSULA 12. LIMITES DE EDAD.**

Las personas amparadas por esta Póliza, al momento de tomar el seguro deben tener una edad comprendida entre los dieciocho (18) y setenta y cinco (75) años. El seguro podrá renovarse hasta el cumplimiento de los ochenta (80) años de edad.

Si la edad del asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I.-Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que existe entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

II.-Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III.-Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Aseguradora estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado, en el momento de la celebración del contrato. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

IV.-Si, con posterioridad a la muerte del asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la Aseguradora anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado.

Conforme los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

### **CLÁUSULA 13. OTROS SEGUROS**

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

Los contratos de seguros de que trata el primer párrafo de esta cláusula celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido en proporción y dentro de los límites de la suma que hubiere asegurado cada una de ellas.

El asegurador que pague en el caso del párrafo anterior, podrá repetir contra todos los demás en proporción de la suma respectivamente asegurada.

Si alguno de los seguros se rigiere por derecho extranjero, el asegurador que pueda invocarlo no tendrá la acción de repetición si su propia ley no establece la solidaridad pasiva de la indemnización debida por el siniestro.

#### **CLÁUSULA 14. LÍMITE GEOGRÁFICO**

Los gastos médicos serán reembolsables cuando los mismos se hayan realizado únicamente dentro del territorio nacional de la República de Honduras.

#### **CLÁUSULA 15. AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

El asegurado deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Para los efectos del párrafo anterior se presumirá siempre:

- I.-Que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; y
- II.-Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emana de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Conforme los artículos 1144 y 1145 del Código de Comercio.

#### **CLÁUSULA 16. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

El Asegurado deberá presentar directamente en las oficinas de la Aseguradora el formulario de reclamación y la documentación que certifique los gastos de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria o farmacéutica, con miras a curar las lesiones producidas por el accidente, en un plazo no mayor de noventa (90) días después del accidente. Los formularios y la documentación serán facilitados por la Aseguradora.

La Compañía reembolsará los gastos de curación en que incurriere el Asegurado por concepto de: asistencia médica, quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia, gastos

de hospitalización, rayos x, imágenes de diagnóstico a causa de un accidente cubierto por el contrato de seguro, hasta por la suma asegurada para este concepto. Los gastos de curación absorbidos o a cargo de otras instituciones estatales, no serán indemnizados por este contrato, en caso que el asegurado fuere atendido por dichas instituciones. Si el Asegurado hubiere suscrito otros seguros con la cobertura de gastos de curación, La Compañía pagará en caso de reembolso de gastos, la parte proporcional que le corresponda de acuerdo a la suma asegurada por este concepto.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados. En este caso el Asegurado sólo tendrá derecho a los gastos realmente incurridos por él.

#### **REQUISITOS PARA EL REEMBOLSO**

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, de las facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados.

En la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeros titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del asegurado. De igual manera, La Aseguradora sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizadas, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio, etc. prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales y legales, y acompañados de la receta médica correspondiente.

#### **CLÁUSULA 17: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

El pago de la indemnización se realizará en las oficinas centrales de la Aseguradora dentro de los sesenta (60) días a partir del recibo de la documentación solicitada por la Aseguradora y conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

#### **CLÁUSULA 18: TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

Este Contrato de Seguro termina por las siguientes causas:

1. Cumplida la fecha de culminación de la vigencia de la póliza.
2. Por falta de pago de la prima después del período de gracia.
4. Al cumplir el Asegurado ochenta (80) años de edad.
5. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

El asegurado podrá solicitar a la Aseguradora la cancelación de la póliza de seguros, siempre que haya cumplido previamente con el pago de las primas devengadas a la fecha de la solicitud; dicha facultad, podrá ser ejercida utilizando la misma forma, lugar y medios a través de los cuales se realizó la contratación. Cuando el asegurado haya pagado una

prima por un período mayor, al momento de la solicitud de recisión, la Aseguradora deberá calcular el importe a devolver al asegurado.

La institución tendrá un plazo de diez (10) días hábiles como máximo para atender la solicitud presentada por el asegurado.

#### **CLÁUSULA 19: REPOSICIÓN**

La Aseguradora tendrá la obligación de expedir, a solicitud y a costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta.

Conforme el artículo 1117 del Código de Comercio.

#### **CLÁUSULA 20: PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Conforme lo dispuesto en los artículos 1156 y 1159 del Código de Comercio.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores conforme lo indicado en el artículo 1158 del Código de Comercio.

#### **CLAUSULA 21: COMUNICACIONES**

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Aseguradora llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deben enviarse a la empresa aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora debe hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador. Salvo pacto expreso en contra, que constará por escrito, el aviso del siniestro podrá ser válido, dándolo a una oficina de la Aseguradora.

Si la empresa no cumpliera con la obligación de que trata el párrafo anterior, no podrá hacer uso de los derechos que el contrato o la ley establezcan para el caso de la falta de aviso o de aviso tardío.

Conforme lo dispuesto en los artículos 1149 y 1150 del Código de Comercio.

#### **CLÁUSULA 22: MONEDA**

Todos los pagos hechos por el Asegurado deben ser ejecutados en la moneda establecida en la Solicitud de Seguro. A su vez, es obligatorio para la Aseguradora atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

#### **CLÁUSULA 23: CONTROVERSIA**

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación arbitraje o por la vía judicial.

El sometimiento a uno de estos procedimientos, será de cumplimiento obligatorio hasta obtener el auto arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada según sea el caso, la Comisión no podrá pronunciarse en caso de litigio salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

Conforme lo establecido en el Artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

#### **CLÁUSULA 24: MODIFICACIONES**

Las condiciones especiales que se agreguen en las condiciones generales del contrato deberán, en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente a los contratantes, sujetándose a normas de aplicación uniformes que tenga cada institución; sin embargo, en caso de controversias entre las condiciones generales y especiales prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del seguro.