

“RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION (RDH) CON ESPERA PERO SIN FRANQUICIA”

CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el artículo 729 del Código de Comercio, si el Asegurado no estuviera de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por La Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiera recibido, si no concordara 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.

CLÁUSULA PRIMERA - CONSTITUCION DEL CONTRATO

El contrato de seguro queda constituido por la Solicitud del Asegurado formulada a La Compañía, por las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente póliza, y por los endosos y anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBJETO DEL SEGURO

La presente póliza garantiza al Asegurado, el pago de un valor fijo por cada día que se encuentre hospitalizado (en forma retroactiva desde el 1° día), tanto en un establecimiento público o privado, a consecuencia de una enfermedad y/o accidente originados durante la vigencia de la cobertura, y que no estén contemplados dentro de las exclusiones o el periodo de carencia del seguro; en tanto dicha internación supere el período de espera consignado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

CLÁUSULA TERCERA- RIESGO CUBIERTO

La aseguradora concederá el beneficio cuando la persona designada en la póliza como Asegurado, acredite -durante la vigencia del seguro- haber sido internada para tratamiento clínico en un Establecimiento Médico -público o privado- dentro del territorio nacional, y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar la internación clínica se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente cobertura, durante su vigencia, y siempre que el Asegurado Titular no haya alcanzado la edad máxima de permanencia definida en Condiciones Particulares. Asimismo, se indican en el CLÁUSULA DECIMA PRIMERA las exclusiones de la póliza.

En las Condiciones Particulares se establece el Período de Carencia, que se cuenta a partir del inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado para el caso de internación clínica por enfermedad, durante el cual la cobertura de cada Asegurado debe estar en vigencia ininterrumpidamente. Este período deberá ser cumplimentado nuevamente si el Asegurado ingresa al seguro luego de haber estado interrumpido en su vigencia por un período mayor a **seis (6) meses, independientemente de los requisitos de asegurabilidad que exija la Aseguradora en tal caso.

El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de la internación clínica se origine como consecuencia de un accidente.

La Aseguradora, comprobada la internación clínica del Asegurado **por parte de su auditoría médica, indemnizará al Asegurado Titular una Renta Diaria, por cada día que hubiere permanecido en un Establecimiento Médico dentro del territorio nacional, cuyo importe será el que se consigna en las Condiciones Particulares de esta póliza. Este beneficio se comenzará a abonar retroactivamente desde el primer día de internación, en tanto la misma haya superado la cantidad de días completos y consecutivos del Período de Espera acordado en las Condiciones Particulares.

El importe será abonado dentro del plazo estipulado dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes a la fecha en que se haya acreditado la ocurrencia del evento amparado por el seguro.

Cuando la internación clínica cubierta por el presente seguro derive en una Intervención Quirúrgica, se deducirá el número de días que corresponda a cada cirugía.

La indemnización máxima a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año, para todos los eventos ocurridos en ese período, será la correspondiente a la cantidad de días máximos estipulados en Condiciones Particulares. A estos fines, el día de Alta Hospitalaria no será indemnizable.

Queda entendido y convenido que ningún pago se hará efectivo bajo este seguro luego de finalizada la vigencia del certificado individual o de la póliza, según el caso, salvo que existan beneficios pendientes de pago a la fecha de tal rescisión.

CLÁUSULA CUARTA - EXCLUSIONES

La Compañía no indemnizará el citado beneficio como consecuencia de:

- Enfermedades preexistentes, esto es, aquellas enfermedades diagnosticadas o tratadas con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza para cada Asegurado.
- Hospitalización por chequeos médicos de rutina o cualquier otro examen en los cuales no existan indicios de trastorno de salud. Ejemplo: cuando la hospitalización tenga por objeto principal el diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopia o fisioterapia, salvo que a consecuencia de dicho diagnóstico y revisión, el Asegurado tuviere que someterse a una internación.
- Cuando la internación corresponde a:
 - a. Cirugía plástica;
 - b. Cirugía estética;
 - c. Tratamiento por esterilidad, impotencia fertilización y/o procedimientos anticonceptivos o por cambio de sexo y las consecuencias que deriven de ellos;
 - d. Lesiones que el Asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente.
 - e. Alcoholismo o toxicomanía;
 - f. Alteraciones mentales;
 - g. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos;
 - h. Tratamientos odontológicos;
 - i. Tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades

- j. Cura de reposo o adelgazamiento;
- k. Enfermedades infectocontagiosas de denuncia obligatoria o declaradas epidémicas por la autoridad sanitaria competente.

- Intento de suicidio.
- Maternidad: embarazo y parto.
- Estadías en un Establecimiento Asistencial cuando el tratamiento elegido no es necesario o pudiera ser razonablemente brindado en un establecimiento que usualmente no calificaría como Establecimiento Asistencial bajo esta póliza.
- Consumo de sustancias psicoactivas tales como: tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica.
- Actos ilícitos del Asegurado contrarios a la ley del país en el cual la enfermedad o lesión ocurre.
- Resultado de una infección producida por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) o variantes incluyendo Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con dichos padecimientos.
- Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales.
- Accidentes que resulten de competencias en aeronaves o vehículos de motor, competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o de justas hípicas.
- Accidentes resultantes de la práctica profesional o no de deportes particularmente peligrosos y/u otras actividades riesgosas, incluyendo los entrenamientos. Ejemplos: buceo, alpinismo o escalamiento de montañas donde se haga uso de sogas o cuerdas, espeleología, paracaidismo, motociclismo, uso de cuatriciclos, uso de planeadores, parapente, salto bungee, descenso en ríos, esquiar sobre hielo, artes marciales, acrobacia, armado de torres, sustitución de actores o actrices en calidad de dobles, conducción de personas como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos y/o armas, entre otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.
- Actos de terrorismo, guerra, invasión, hostilidades (guerra declarada o no), guerra civil, huelga o tumulto popular, riña, motín, revolución, insurrección militar o usurpación de poder. Alistarse en el servicio militar con cualquier fuerza armada de cualquier país u organismo internacional.
- Hospitalizaciones y/o cirugías a consecuencia de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
- Uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo explosión nuclear, provocada o no, así como también la contaminación radioactiva o explosión de radiaciones nucleares ionizantes.
- Epidemia, envenenamiento de carácter colectivo, catástrofes naturales y otras calamidades que afecten a la población masivamente. Quedan comprendidos dentro de la definición de catástrofe, aunque tal enumeración no resulte excluyente de otros diferentes que se pudieran verificar: los terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes.
- Lesiones o afecciones producidas como consecuencia de prácticas y/o intervenciones experimentales o penadas por ley.

CLÁUSULA QUINTA -DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes:

Asegurado Titular:

- Aquellas personas que se adhieran al Seguro Colectivo vinculadas al Tomador a través de un interés común. Ejemplo: los empleados del Tomador, los adquirentes de Tarjetas de Crédito emanadas por el Tomador, etcétera.
- Asegurados Individuales.

Asegurado Familiar:

Los miembros primarios de la familia del Asegurado Titular, entendiéndose por tales:

- El cónyuge legal que conviva con el Asegurado Titular. Excepcionalmente podrá aceptarse en calidad de cónyuge, a la persona que conviva con el Asegurado Titular sin vínculo legal, según lo define la Ley en estos casos.
- Los hijos, matrimoniales o extramatrimoniales reconocidos y los hijos adoptivos del Asegurado Titular.

Asegurado:

- Los Asegurados Titulares y los Asegurados Familiares.

Carencia:

- Se define el concepto de carencia como el período de tiempo, contado a partir del inicio de vigencia de la póliza para cada Asegurado, durante el cual los Asegurados no poseen cobertura, pero sí la obligación de abonar premios. Este período se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.
- Cuando se produzca un aumento en el Capital Asegurado, originado en un pedido del Tomador y/o del Asegurado, se deberá cumplir nuevamente el período de carencia para el monto de tal incremento, computándose el mismo desde el día en que inicie vigencia el aumento solicitado.

Espera:

- Cantidad mínima de días de hospitalización que deberán cumplirse para que la cobertura surta efecto.

Enfermedades Preexistentes:

- A todos los efectos de esta Póliza, se entiende por las mismas a las enfermedades o anomalías de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren un período de tiempo científicamente establecido y hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura. La Compañía no otorgará los beneficios previstos en esta Póliza, cuando se trate de Enfermedades Preexistentes o de Cirugías practicadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

CLÁUSULA SEXTA - OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS.

Este contrato se basa en la solicitudes del Contratante y Asegurados y, por consiguiente, cualquier declaración inexacta u oculta, que conocido por la Compañía la hubiere retraído a emitir esta Póliza o algún certificado o llevado a modificar sus condiciones, serán causas de anulación de este contrato cuando el contratante o los asegurados hubieren obrado por dolo o culpa grave; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la retención, no manifiestare al Contratante o Asegurados su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante o Asegurados hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las retenciones no

serán causa de nulidad, mediante manifestación que éste hará a la Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuviere conocimiento de las declaraciones inexactas o de la reticencia.

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

CLAUSULA SÉPTIMA- EDAD

Para formar parte del Grupo Asegurado se requiere que, en el momento de la inscripción, la edad del Asegurado en su cumpleaños más próximo, esté comprendida entre los 18 y 69 años.

El seguro terminará automáticamente a la finalización del período cubierto por la última prima pagada antes de haber alcanzado el Asegurado la edad de 75 años, aun cuando reúna las demás condiciones necesarias para formar parte del Grupo. Si se hubiere incluido en el Grupo Asegurado mayores de 69 años de edad, por dolo del Contratante o del Asegurado, la Compañía no asume ninguna responsabilidad por el acaecimiento del riesgo.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse antes de efectuarse el pago de la suma asegurada correspondiente. Si el Asegurado hiciese la comprobación en vida, la Compañía extenderá una constancia de ello y no exigirá nuevas pruebas de edad para hacer el pago.

Si la edad declarada por el Asegurado no coincidiera con su edad real, se estará a lo dispuesto en los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

CLÁUSULA OCTAVA-FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS.

Esta Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales; sin embargo, tanto la del primer año como las de los años siguientes, pueden ser pagadas por semestres, trimestres o meses, siempre anticipadamente, de acuerdo con la tarifa que tenga en vigor la Compañía a la fecha de Emisión de la Póliza.

La forma de pago de la prima puede ser cambiada en cualesquiera de los aniversarios de la Póliza, y previa solicitud escrita a la Compañía y mediante anexo, firmado y adherido a la misma en donde se haga constar la modificación.

No se considerará como efectuado el pago de ninguna prima a menos que ésta conste en el recibo oficial de la Compañía. El pago de una prima mantiene en vigencia el seguro sólo durante el período comprendido entre tal pago y la fecha en que deba cubrirse la siguiente prima.

Las primas deberán pagarse el día de su vencimiento o antes y su pago deberá acreditarse por medio de recibo de la Compañía refrendado por la persona debidamente autorizada para ello.

La Compañía no estará obligada a cobrar las primas en el domicilio del Contratante, ni a dar avisos de su vencimiento, y si lo hiciere no sentará precedente alguno de obligación.

CLÁUSULA NOVENA-CALCULO DE LAS PRIMAS

La Compañía calculará las primas totalizando las primas individuales de cada asegurado, pudiéndose efectuar el pago global en forma anual, semestral, trimestral o mensual.

La prima individual será la que corresponda a la vida de cada Asegurado, de acuerdo con su riesgo, edad, ocupación y suma asegurada.

CLÁUSULA DÉCIMA- AJUSTES A LAS PRIMAS.

Para los efectos del cobro o devolución de primas por el concepto de ingresos o egresos de Asegurados, respectivamente:

EN CASO DE INCLUSION: La compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la tarifa de seguros a corto plazo.

EN CASO DE DEVOLUCION: La compañía solamente tendrá derecho a la prima proporcional al tiempo transcurrido.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.

La Compañía emitirá un Certificado de Seguro por cada Asegurado que sea inscrito, en el que se harán constar los datos relativos al seguro y, además, contendrá aquellas condiciones de la Póliza que tengan relación con el Asegurado. Los Certificados serán entregados a los Asegurados por intermedio del Contratante.

Los Asegurados podrán solicitar a la Compañía la anotación en los respectivos Certificados de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos, especialmente los cambios de Beneficiarios y la comprobación de edad.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

En forma previa a la aceptación de la cobertura que contempla esta póliza, el Asegurado deberá realizar, a opción del Asegurador, los exámenes médicos que la misma le solicite al efecto.

Por otra parte, constan en las Condiciones Particulares las edades mínimas y máximas de ingreso y permanencia que deben cumplir los Asegurados Titulares y Familiares.

CLÁUSULA DECIMA TERCERA - RESIDENCIA Y VIAJES

Los Asegurados están cubiertos por esta Póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que puedan realizar dentro del territorio nacional.

CLÁUSULA DECIMA CUARTA - LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Renta Diaria Máxima por Hospitalización y la cantidad de días máximos a ser indemnizados se encuentran especificados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

CLÁUSULA DECIMA QUINTA- INICIO, TERMINACION Y RENOVACION DEL CONTRATO

- a. Inicio y Terminación del Contrato: La cobertura inicia a las 12 horas del mediodía de la fecha de entrada en vigor el presente contrato el que se suscribirá por el término de un año; la Compañía puede terminar el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al asegurado o Contratante por lo menos con 30 días de anticipación.
- b. Renovación: La Compañía renovará el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas mediante aviso escrito y previa confirmación del Contratante con treinta (30) días de anticipación. La Compañía se reserva el derecho a modificar en cada renovación las condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice.
- c. No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicara lo previsto en los artículos 1133, 1134 y 1165 de Código de Comercio. Y si por otras circunstancias ajenas a su voluntad el Asegurado decide rescindir el contrato, la Compañía devolverá la prima no devengada aplicando la tarifa para seguro de corto plazo.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA- PLAZO PARA SOLICITAR LA INCORPORACIÓN AL SEGURO

Todo Persona asegurable que desee incorporarse a una Póliza Colectiva o Grupal, deberá solicitarlo por escrito, a través de la solicitud individual que para tales efectos proveerá la Compañía. Estos, como asimismo los que vuelvan a solicitar su inclusión en el seguro después

de haber rescindido la cobertura, deberán previamente cumplir las pruebas médicas y/o los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas, a fin de que ésta considere su solicitud. Cumplidos los requisitos que se establecieron, y siempre que resultaren satisfactorios a juicio de la Compañía, el asegurable quedará incorporado al seguro desde la fecha que se indicará en la Cláusula décima séptima. Los Asegurados Titulares deberán notificar a la Compañía, o al Tomador, según el caso, dentro de los quince (15) días corridos de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en los asegurados miembros de familia, cubiertos en la póliza.

CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA - FECHA DE COMIENZO DEL SEGURO

La cobertura bajo esta póliza comenzará a partir de las 12:00 horas del mediodía, de la fecha en que haya suscrito la póliza.

Los nuevos miembros del grupo familiar:

- Por matrimonio: se podrán incorporar desde la fecha de enlace, siempre y cuando presenten la Solicitud dentro de los quince (15) días del mismo, y cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía. Se encontrarán comprendidos a partir del día siguiente de acreditado el enlace, a las cero (0) horas.
- Por nacimiento: quedarán automáticamente incorporados al seguro, desde la edad de incorporación definida en las Condiciones Particulares, siempre y cuando sean nominados dentro de los 15 días de cumplida la mencionada edad.
- Por convivencia: a partir de la fecha en que el conviviente cumplimente los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.

En los casos en que la solicitud de incorporación se efectúe con posterioridad al plazo referido, la Compañía analizará en forma particular cada solicitud, y la incorporación al seguro se producirá una vez cumplimentados los requisitos de asegurabilidad requeridos.

CLÁUSULA DECIMA OCTAVA - BENEFICIARIOS

Las indemnizaciones a que hubiere lugar, serán abonadas al Asegurado Titular o a su cónyuge, y en caso de fallecimiento de estos, a sus Herederos Legales. Según lo establecido en los Artículos 1224, 1233 y 1247, del Código de Comercio.

CLÁUSULA DECIMA NOVENA - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O CONTRATANTE/TOMADOR

- 1) El Asegurado o Contratante deberán informar directamente a la Aseguradora cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de una internación clínica que supere el período de espera, dentro de las **cuarenta y ocho (48) horas corridas de haber sido notificados de la misma, salvo caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. Dicho diagnóstico deberá ser confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuados y certificados por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.
- 2) El Contratante y el Asegurado se comprometen a suministrar a la Aseguradora todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de este seguro.
- 3) El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si él o el Contratante dejan de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplean comprobantes falsos.
- 4) Obligaciones específicas para el Contratante:
 - a. Recaudar (de corresponder) de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen y pagar a la Institución de Seguros la prima total.
 - b. Informar por escrito a la Institución de Seguros:

- El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la Compañía;
 - La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
 - Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza; y,
 - La terminación de su calidad como Contratante.
- c. Dar a conocer a las personas que se van a asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- d. Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado.
- e. No efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
- f. Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al Asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por la Compañía.

CLÁUSULA VIGESIMA - REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO

Después de haber notificado a la Compañía, el Asegurado deberá completar los siguientes requisitos:

1. Formulario de reclamo del producto.
2. Fotocopia de la cédula de identidad o certificación de acta de nacimiento original.
3. Constancia médica original debidamente sellada y firmada por el médico tratante, extendida en papel membretado del hospital o en papel del Colegio Médico de Honduras, en donde se indique el diagnóstico y la cantidad de noches que el Asegurado estuvo hospitalizado.
4. Facturas originales debidamente canceladas al hospital, por los servicios médicos recibidos, incluyendo los días de hospitalización (en caso que ésta haya sido en hospital privado).
5. Cualquier otro documento que la compañía estime conveniente.
6. Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes.

La Compañía queda facultada para realizar las investigaciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

El no cumplimiento de cualquiera de las disposiciones descriptas precedentemente, harán perder el derecho a la indemnización, salvo que el Asegurado o Contratante acrediten fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa ni negligencia.

Por otro lado, el Asegurado podrá solicitar anticipos de la indemnización durante la internación, los que serán evaluados en cada caso por la Aseguradora.

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio, que la internación haya sido prescripta por un profesional médico legalmente autorizado. Asimismo, será requisito indispensable para la obtención del pago de la indemnización prevista, que se cuente con la autorización del Director Médico de la Aseguradora.

CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA - PLAZO DE PRUEBA

La Compañía, dentro de los quince (15) días corridos de recibida la denuncia del evento cubierto en la póliza y las constancias o comprobaciones anteriormente descriptas, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. La falta de contestación del asegurado hará presumir la aceptación de la solicitud.

Si las comprobaciones exigidas en cada caso, no resultaran concluyentes en cuanto al diagnóstico o existencia de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días corridos, a fin de confirmar el diagnóstico. La no

contestación por parte de la Compañía, dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA - ELIGIBILIDAD Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURO PARA CADA ASEGURADO Y FAMILIAR DEPENDIENTE

ELEGIBILIDAD

Asegurado Principal:

Además de las condiciones incluidas en la carátula de la póliza cada asegurado del contratante es elegible para este seguro sí en el momento de la inscripción:

- a. La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre 18 y 69 años de edad, renovables hasta los 75 años de edad.
- b. Si el asegurado se encuentra incapacitado y no está dedicado activamente a su trabajo, su elegibilidad comenzará a partir del día en que regrese a su trabajo activo y permanente.

Dependientes:

Cónyuges:

- a. La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre 18 y 69 años de edad, renovables hasta los 75 años de edad.
- b. Si el cónyuge se encuentra incapacitado y no está dedicado activamente a su trabajo, su elegibilidad comenzará a partir del día en que regrese a su trabajo activo y permanente.

Hijos:

- a) La edad comprendida desde el primer año y los 21 años de edad.
Los asegurados incorporados a este seguro en calidad de Hijos, perderán su condición de Asegurados Familiares: al cumplir la mayoría de edad, a causa de su independencia económica o al contraer matrimonio. En esos casos, podrán continuar la cobertura en calidad de Asegurados Titulares Adherentes, de acuerdo lo estipulado en las Condiciones Contractuales de la Póliza.

CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA - RESCISIÓN DE LA PÓLIZA

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida tanto por el Tomador o Asegurado Titular como por la Compañía, previo aviso por escrito remitido con una anticipación no menor de treinta (30) días corridos a cualquier vencimiento de premios.

Producida la rescisión, la Compañía continuará cubriendo aquellos siniestros ocurridos durante la vigencia de esta póliza.

En el caso de los Seguros Individuales, la Compañía estará imposibilitada de rescindir la cobertura si a la fecha pretendida de rescisión, alguno de los Asegurados presentara afecciones relacionadas con los Riesgos Cubiertos, que pudieran dar lugar a prestaciones presentes o futuras en los términos de esta póliza.

CLÁUSULA VIGESIMA CUARTA - ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

La elección del Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) queda librada a la voluntad del Asegurado.

Es requisito indispensable que dichos Establecimientos se hallen legalmente autorizados.

La Compañía no será responsable por los daños y perjuicios producidos por las personas intervinientes con motivo de los tratamientos y servicios médicos, como así también de las Intervenciones Quirúrgicas a las que debiera someterse el Asegurado.

CLÁUSULA VIGESIMA QUINTA - PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dió origen.

El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía 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.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

La prescripción se interrumpirá por el nombramiento de Peritos para el ajuste del siniestro o al entablarse acción judicial.

CLÁUSULA VIGESIMA SEXTA - CONTROVERSIAS

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 laudo arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada según sea el caso, la Comisión no podrá pronunciarse en caso de litigio, o arbitraje, salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA VIGESIMA SEPTIMA - COMUNICACIONES

Toda solicitud o comunicación a la Compañía, relacionada con la póliza deberá hacerse directamente y por escrito a su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, o en sus Sucursales o Agencias autorizadas. Las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los asegurados se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando las haga a través del Contratante, que serán enviadas al último domicilio de éste, conocido por la Compañía.

CLÁUSULA VIGESIMA OCTAVA - REPOSICION.

En caso de destrucción, robo o extravió de la póliza o de cualquier documento relacionado con la póliza, la Compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Contratante o del Asegurado, según el caso, con las formalidades establecidas para este objeto, y pago de los correspondientes gastos de reposición.

CLÁUSULA VIGESIMA NOVENA - TERRITORIALIDAD

La internación clínica deberá ser realizada en establecimientos del territorio nacional debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier internación clínica que no cumpla con estos requisitos.

CLÁUSULA TRIGESIMA - NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente Contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás Leyes aplicables.