SEGUROS BANRURAL, S.A.
PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS COLECTIVO

(En Lempiras)

Seguros Banrural, Honduras, S.A., con domicilio en Tegucigalpa M.D.C.; República de Honduras C.A.; en adelante referida como La Aseguradora de conformidad con esta Póliza, sus Condiciones Particulares, la Solicitud del CONTRATANTE y el pago de la prima correspondiente se compromete, en caso de la ocurrencia de un evento cubierto, a prestar los beneficios establecidos en las coberturas contratadas.

CONDICIONES GENERALES – GASTOS MÉDICOS COLECTIVO

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 Institución de seguros, podrá resolverlo 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.

CLÁUSULA 2. CONFORMIDAD DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro queda constituido por la Solicitud de Seguro firmada por el Contratante, la caratula de la póliza, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y los Anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere, y establecen la relación entre el Asegurado y Seguros Banrural Honduras, S.A. (En adelante denominada La Aseguradora).

CLÁUSULA 3. COBERTURAS

La Aseguradora reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos elegibles por enfermedad y accidente incurridos por el asegurado y sus dependientes asegurados, siempre que estos hayan sido reportados a la Aseguradora y se encuentren en los listados declarados de la póliza.

Todo gasto médico-hospitalario, será reconocido siempre que sea necesario para el restablecimiento de la salud del asegurado o sus dependientes, siempre que no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados. Se considera normal, razonable y acostumbrado, cuando no exceda del promedio que se maneje en la localidad donde es prestado el servicio o suministro médico hospitalario

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de una enfermedad 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 Aseguradora 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 exclusiones consignadas en la misma. El importe por concepto de los honorarios médico-quirúrgicos será pagado según lo contratado y zona geográfica de contratación, si el pago se realiza vía reembolso.

3.1. GASTOS HOSPITALARIOS

A. **CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR.** Gastos originados por cuarto privado estándar y alimentos para el paciente en territorio nacional.

B. **CAMA EXTRA.** Costo de cama extra para el acompañante del asegurado en territorio nacional durante la estancia de éste en un Hospital, siempre que el asegurado afectado se encuentre en el cuarto privado estándar.

C. **ESTANCIA EN TERAPIA INTENSIVA, INTERMEDIA Y/O UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS.** Gastos originados por estancia del asegurado en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.

D. **SALA DE OPERACIONES, RECUPERACIÓN Y CURACIONES.** Gastos originados por sala de operaciones, recuperación y curaciones

3.2. HONORARIOS MÉDICOS

A. **HONORARIOS DE ENFERMERA.** Si el médico tratante determina que es indispensable, se cubrirán los honorarios de enfermera, pudiendo amparar las 24 horas al día en diversos turnos (máximo 3) y hasta un máximo de 30 días naturales. El servicio prestado de enfermera siempre deberá ser intra-domiciliario y será cubierto por reembolso.

B. **HONORARIOS MÉDICOS POR CONSULTA.** Honorarios médicos por consulta de algúna enfermedad cubierta por la póliza, así como las consultas del médico tratante previas a las intervenciones quirúrgicas y pos médico-quirúrgicas necesarias para el restablecimiento de la salud a excepción de las de rutina (control prenatal, chequeos, atención de niño sano, etc.). El pago de los honorarios médicos por estas consultas estará sujeto a los honorarios usuales, razonables y acostumbrados

C. **HONORARIOS QUIRÚRGICOS.** Los honorarios quirúrgicos serán cubiertos dentro de los costos razonables y acostumbrados por reembolso hasta la cantidad señalada para los procedimientos

detallados en el mismo, la cual incluirá todas las atenciones prestadas al asegurado por cirujanos, ayudantes, anestesiólogos, instrumentistas y circulantes, así como las consultas que se originan por el procedimiento quirúrgico hasta 15 días posteriores al alta hospitalaria. Los procedimientos quirúrgicos que no se encuentren contemplados dentro de la póliza vigente, se valorarán por similitud.

3.3. MEDICAMENTOS

A. **MEDICAMENTOS.** Gastos originados por medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital siempre que sean prescritos por el médico tratante y relacionados con la enfermedad reclamado, presentando receta y factura con el desglose de los medicamentos.

B. **OXÍGENO.** Gastos originados por consumo de oxígeno siempre que esté prescrito por el médico tratante y que tenga relación con la enfermedad reclamada.

C. **TRANSFUSIONES DE SANGRE.** Gastos originados por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras substancias semejantes siempre prescritas por el médico tratante.

3.4. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

ANÁLISIS DE LABORATORIO. Gastos originados por análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, fisioterapia o de cualquier otro que esté médicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades cubiertas por esta póliza, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

3.5. OTROS SERVICIOS MÉDICOS

AMBULANCIA:

A. **TERRESTRE.** Gastos de ambulancia terrestre cuando el asegurado se vea imposibilitado para trasladarse por sus propios medios desde el sitio donde se encuentra al lugar donde se le va a proporcionar atención médica para el enfermedad reclamado siempre y cuando sea consecuencia de una emergencia médica y dentro de los límites de la República de Honduras. Este gasto siempre se cubrirá vía reembolso.

B. **AÉREA.** La Aseguradora cubrirá el importe de los gastos erogados por la contratación de ambulancia aérea en territorio nacional, siempre y

cuando esta se requiera como consecuencia de una emergencia médica de un enfermedad cubierto, de acuerdo a las condiciones de la póliza y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la emergencia y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente. Este gasto siempre se cubrirá vía reembolso.

Se aplicará el coaseguro convenido por las partes, sobre el total de la factura de vuelo.

La Aseguradora cubrirá la indemnización en los términos anteriores, pero no se responsabiliza de la contratación del servicio, ni de sus características o condiciones.

En ningún caso se cubrirán los gastos adicionales generados por concepto de uso de aeropuerto.

TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES Y MAXILARES. Gastos originados por tratamientos médicos o quirúrgicos dentales, alveolares o gingivales y maxilares, cuando se requieran como consecuencia directa de un accidente cubierto y ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o como complicaciones de una enfermedad cubierta, previa autorización de La Aseguradora.

TRATAMIENTOS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO. Gastos originados por tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético o plástico que resulten indispensables a consecuencia de enfermedades no excluidas en esta póliza y que hayan ocurrido dentro de la vigencia de la misma para cada asegurado.

PRÓTESIS. Los gastos que resulten de aparatos ortopédicos o prótesis serán cubiertos por La Aseguradora, siempre y cuando se requieran durante la vigencia del seguro como consecuencia de una enfermedad cubierta:

En el caso de reposición de prótesis vitales estará cubierto siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- La Aseguradora hubiere pagado la primera prótesis, a consecuencia de un enfermedad amparado.
- Hayan transcurrido por lo menos 5 años desde la última implantación.
- La prótesis a reponer se considere como vital.

La reposición de prótesis no vitales, estará cubierta siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- La Aseguradora hubiere pagado la primera prótesis, a consecuencia de un enfermedad amparado.

- Hayan transcurrido por lo menos 2 años desde la última implantación.

- El costo de los aparatos ortopédicos o prótesis serán cubiertos siempre que sean medicamente necesarias y dentro de los costos razonables y acostumbrados.

- Los gastos por lentes de cualquier tipo, armazones, dentaduras o piezas dentales no se consideran como prótesis.

RENTA DE EQUIPO DE HOSPITAL. La renta de equipo, suministros y atención especializada que sea indispensable para el cuidado médico en el domicilio del Asegurado, siempre y cuando sea prescrito por el Médico Tratante.

REHABILITACIÓN FÍSICA. Tratamientos médicos de rehabilitación física realizados en centros especializados que resulten indispensables para reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad física en algún grado, que sean consecuencia de un enfermedad cubierto y ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y proporcionados por personal médico y/o especializado en rehabilitación física, que estén legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

3.6. EVENTOS SUJETOS A CONDICIONES PARTICULARES

DOS O MÁS CIRUGÍAS EN LA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA. Cuando se practiquen dos cirugías en la misma sesión quirúrgica, se cubrirán los gastos originados de la siguiente manera:

- Sí las cirugías son practicadas en la misma incisión quirúrgica:

    a. Y un sólo cirujano practica las cirugías, La Aseguradora pagará los honorarios quirúrgicos de la principal (mayor costo) hasta el 100% y la segunda hasta el 50%.

    b. Y se requiere de la intervención de dos cirujanos o más de diferente especialidad los honorarios quirúrgicos de ambos serán cubiertos hasta el 100%.

- Sí las cirugías son practicadas en regiones distintas del cuerpo, los honorarios quirúrgicos de las cirugías serán cubiertas hasta el 100%.

- En caso de requerirse una tercera o más cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios quirúrgicos quedarán a cargo del asegurado y deberán presentarse para pago vía reembolso. El párrafo anterior no

aplica en caso de pacientes declarados como poli traumatizados.

B. POLITRAUMATIZADO. En el caso de poli traumatizado se seguirá el procedimiento anterior; si se requiere la intervención de otro o más especialistas los honorarios de éstos serán cubiertos al 100% de acuerdo a los gastos usuales, razonables y acostumbrados.

C.TRASPLANTE DE ÓRGANOS. Gastos por trasplante de órganos serán cubiertos siempre que sean medicamente necesarios y dentro de los gastos usuales, razonables y acostumbrados, aplicando deducible, coaseguro de la cobertura básica. Se cubrirán únicamente los gastos del receptor en caso de que éste sea nuestro asegurado así como los del donador exclusivamente por las pruebas de compatibilidad, el procedimiento quirúrgico, gastos de hospitalización y alimentos, a consecuencia de la donación a nuestro asegurado.

D.ENFERMEDADES O MALFORMACIONES CONGÉNITAS. Estarán cubiertos los gastos por enfermedades o malformaciones congénitas de los hijos nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos 12meses de cobertura continua con La Aseguradora al momento del nacimiento del menor.

Esta cobertura no aplica para los hijos(as) de las hijos(as) asegurados.

Los gastos a que se refiere este inciso se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo asegurado y es condición necesaria reportar por escrito el nacimiento del nuevo asegurado en un plazo que no excederá los 5 días posteriores al nacimiento para que su aceptación sea automática. Transcurrido este plazo La Aseguradora determinará mediante su proceso de suscripción si es viable la aceptación del menor en la póliza.

Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a **Gastos por enfermedades o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros, provocados por: alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad. Se considerará como una complicación del tratamiento de infertilidad o esterilidad el embarazo múltiple; por lo tanto, los gastos por los nacimientos prematuros, a consecuencia de estos tratamientos, no estarán cubiertos.**

b **No están cubiertos los gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un enfermedad no cubierto para la madre asegurada.**

E. QUIROPRÁCTICOS. Se cubrirán los gastos originados por conceptos por atención de quiropráctico, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- El tratamiento médico no podrá efectuarse en forma paralela al tratamiento con medicina homeópata o acupuntura.
- Los tratamientos cubiertos estarán enfocados únicamente a la curación de alteraciones musculares, óseas y articulares.
- El costo máximo por consulta o sesión será cubierto siempre que no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados. Se considera normal, razonable y acostumbrado, cuando no exceda del promedio que se maneje en la localidad donde es prestado el servicio o suministro médico hospitalario.
- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 3 meses. Este informe deberá incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de las terapias o consultas necesarias para su total restablecimiento

F. HOMEOPATÍA. Se cubrirán los gastos originados por conceptos por atención de homeópata, siempre y cuando se realicen por un médico homeópata de acuerdo a la definición de éste, contemplada en la Cláusula 3 Definiciones, que cumpla con los siguientes requisitos:

- El tratamiento médico no podrá efectuarse en forma paralela al tratamiento con medicina alópata, acupuntura o tratamientos quirúrgicos.
- El costo por consulta externa o de consultorio será cubierto siempre que no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados. Se considera normal, razonable y acostumbrado, cuando no exceda del promedio que se maneje en la localidad donde es prestado el servicio o suministro médico hospitalario.
- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 3 meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.
- Ningún tratamiento con medicina homeopática podrá exceder de los 12 meses desde el inicio con el tratamiento.

G. ACUPUNTURA: Se cubrirán los gastos originados por conceptos por atención de acupuntura, siempre y cuando se realicen por un médico acupunturista de acuerdo a la definición de éste, contemplada en la Cláusula 3 Definiciones y se cumpla con los siguientes requisitos:

- El tratamiento médico no podrá efectuarse en forma paralela al tratamiento con medicina alópata, homeópata o tratamientos quirúrgicos.

- El costo por consulta externa o de consultorio será cubierto siempre que no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados. Se considera normal, razonable y acostumbrado, cuando no exceda del promedio que se maneje en la localidad donde es prestado el servicio o suministro médico hospitalario.

- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 3 meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.

- Ningún tratamiento con acupuntura podrá exceder de los 12 meses desde el inicio con el tratamiento.

H. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS O PSICOLÓGICAS. Se cubrirán los gastos erogados únicamente por honorarios médicos y medicamentos por la atención de daño psiquiátrico o psicológico, siempre que la atención se requiera a consecuencia de alguno de los siguientes eventos, siempre y cuando ocurran durante la vigencia de la póliza y sea una enfermedad cubierto:

- Haber sufrido alguno de los siguientes eventos:
  a) Poli traumatizado.
  b) Amputaciones.
  c) Quemaduras de tercer grado.
  d) Trasplantes.

- Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

  a) Cáncer.
  b) Accidente Vascular Cerebral.
  c) Infarto al Miocardio.
  d) Insuficiencia Renal.

- Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos:

  a) Asalto.
  b) Secuestro.
  c) Violación.

Se cubre la ansiedad y/o depresión consecuencia de los eventos o enfermedades enunciados en esta cláusula.

Se cubrirán los gastos erogados por honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 12 consultas a partir de la fecha de la primera consulta, por un periodo máximo de 1 año. Sólo se brinda la cobertura en la República de Honduras.

Se deberá entregar una actualización del informe médico o de tratamiento por lo menos cada 3 meses, donde se describa la evolución y pronóstico del paciente.

Se cubrirán todos los gastos por medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica.

Para efecto de acreditar la procedencia del tratamiento es necesario que el médico tratante presente el diagnóstico de la necesidad de este soporte adicional como parte de su tratamiento y que mediante evaluación de un médico psiquiatra confirme dicho diagnóstico.

Se aclara que ambos profesionales de la salud mencionados deben contar con los documentos oficiales que los acrediten como médicos de cada especialidad (título de médico general, título de médico especialista, igualmente deberá estar debidamente colegiado.).

Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a. Los gastos erogados por honorarios del médico psiquiatra y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con la acreditación descrita anteriormente. Esta exclusión sólo operará para los médicos que no pertenezcan a la red de La Aseguradora.
b. Los gastos erogados por tratamiento de los diversos trastornos incluidos en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar o considerar de facto la cobertura de otras enfermedades relacionadas o no.

Para esta cobertura aplica deducible y coaseguro contratados en la cobertura básica

I. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. Se cubrirá cualquier complicación del embarazo, siempre y cuando la asegurada se embarace durante la vigencia de la póliza.

J. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA. El asegurado y sus dependientes podrán corroborar el diagnóstico inicial de cualquier enfermedad amparado, por medio de médicos especialistas que el asegurado designe libremente de entre los médicos de red con La Aseguradora. Este beneficio se cubrirá vía reembolso sin necesidad que se rebase el deducible contratado.

K. COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES NO CUBIERTAS. Mediante esta cobertura quedan cubiertos y por medio del pago de prima adicional, en territorio nacional, los gastos erogados a consecuencia de cualquier Emergencia Médica por la complicación de los siguientes tratamientos ocurridos dentro de la vigencia de la póliza, hasta la estabilización y/o control de la Emergencia Médica o hasta la suma asegurada para esta cobertura, lo que ocurra primero:

a) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético o plástico.
b) Tratamientos, médicos o quirúrgicos para la obesidad, anorexia y bulimia.
c) Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para evitar o corregir la calvicie.
d) Tratamientos para el control de la infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
e) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares a consecuencia directa de un accidente no cubierto o como complicaciones de una enfermedad no cubierta.

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando cumplan con la definición de Emergencia Médica estipulada en la Cláusula Definiciones.

La Suma Asegurada para esta cobertura será de $15,000 dólares o su equivalente en Lempiras de la suma asegurada de la cobertura básica, lo que resulte menor.

Para esta cobertura aplica deducible y coaseguro contratados en la cobertura básica.

Exclusiones, esta cobertura no ampara:

- **Gastos originados por Emergencia Médica de enfermedades preexistentes.**

CLÁUSULA 4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

Para cubrir los gastos erogados por las siguientes enfermedades deberá transcurrir el periodo de espera estipulado, con excepción de los gastos erogados a consecuencia de un accidente o una urgencia Médica, los cuales estarán cubiertos desde el momento de la suscripción de la póliza.

4.1. Periodo de Espera de 30 días: Se cubrirán los gastos originados por las enfermedades cubiertas en esta cláusula, cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico por diagnóstico o tratamiento se presenten 30 días después de la fecha de inicio de vigencia para cada asegurado. Esta limitación no opera en la renovación de la póliza.

4.2. Periodo de Espera de 6 meses: Se cubrirán los gastos originados por enfermedades cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 6 meses de vigencia continua con La Aseguradora para cada asegurado:

Gastos originados por tratamiento médico o quirúrgico de:

a) Enfermedades ginecológicas.
b) Enfermedades relacionadas con columna vertebral.
c) Hernias inguinales, inguino escrotales y post incisionales.
d) Insuficiencias del piso perineal.
e) Vesícula y vías biliares.
f) Litiasis del sistema urinario.
g) Glándulas mamarias.
h) En caso de Fibrosis Quística Mamaria o cualquier otra afección tumoral.
i) Várices.
j) Hipertensión Arterial.
k) Diabetes Mellitus.
l) Enfermedades de rodilla
m) Gastos erogados a consecuencia de tratamientos médicos o quirúrgicos que en adición a cumplir el periodo de espera de siete (6) meses, deberán someterse a segunda valoración para determinar la procedencia del siniestro, previa al evento médico o quirúrgico.
n) Cirugía nasal, para lo cual deberá presentar fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico.
o) Cirugía de pared y hernias abdominales.

4.3. Periodo de Espera de 10 meses: Se cubrirán los gastos originados por enfermedades cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 10 meses de vigencia continua.

4.4. Ayuda de Maternidad: Se amparan los gastos erogados por el evento final al que se llegue por embarazo, trátese de parto normal o cesárea, ya sea de la titular, esposa, compañera de hogar hasta la suma asegurada especificada en el endoso

para este concepto.

Si la asegurada tenía contratada la cobertura de maternidad con La Aseguradora reconocerá la antigüedad generada en dicha cobertura para este beneficio.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura. En caso de reclamación, la suma asegurada que aplicará será la que se haya tenido contratado al menos 12 meses anteriores al evento final; al que se llegue, por embarazo.

Esta cobertura sólo opera en territorio nacio nal.

Los gastos del Recién Nacido Sano y de Circuncisión no están cubiertos.

El reconocimiento de antigüedad aplica siempre y cuando el ingreso a La Aseguradora sea dentro de los 30 días siguientes a la fecha de fin de vigencia con otra Compañía de Seguros.

4.5. Periodo de Espera de 12 meses Se cubrirán los siguientes gastos originados por enfermedades cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 12 meses de vigencia continua.

a) Los gastos originados por circuncisión, cualquiera que sea su causa, siempre y cuando exista una indicación médica.

b) Los gastos originados por cataratas: La Aseguradora considerará como un solo evento las cataratas que se presenten en ambos ojos siempre y cuando el tiempo transcurrido entre la cirugía de uno y otro no sea mayor a 12 meses. En este caso se aplicará un solo deducible y coaseguro y este periodo de espera no aplicará si el asegurado ha contratado la cobertura específica.

c) Los gastos originados por tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.

d) Los gastos originados por enfermedades ano-rectales.

e) Enfermedades prostáticas y artritis reumatoide.

f) Hallux valgus (juanetes).

g) Apnea obstructiva (enfermedad del sueño).

h) Los gastos originados por aparatos auditivos:

4.6. Periodo de Espera de 24 meses Se cubrirán los siguientes gastos originados por enfermedades cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 24 meses de vigencia continua.

a) Los gastos originados por infección por Virus de Inmune Deficiencia Humana (VIH) y sus complicaciones (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH sean seropositivos y no hayan sido detectados antes o durante este periodo.

b) Los gastos originados por Cáncer y sus complicaciones.

Para este fin se considerará como Suma Asegurada la suma básica de la póliza al momento de iniciar los gastos, con un tope máximo estipulado en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 5. COBERTURA PARA DEPENDIENTES

DEPENDIENTES ECONÓMICOS. Podrá considerarse como tales a: cónyuge o compañera (o) de Hogar del titular, e hijos solteros menores a 25 años del titular incluidos en la póliza y que cumplan con la definición de colectividad asegurable.

El término “Dependiente” se refería únicamente a:

1. El Esposo o la esposa legal del Asegurado Titular , (Excluyendo aquellos legalmente separados), o la persona viviendo con un Empleado en una condición reconocida de marido y mujer, que este registrada como tal en los archivos del Patrono; y
2. Los hijos solteros y reconocidos legalmente de un Asegurado, hijastros e hijos legalmente adoptados, que están dentro de los límites de edad indicados en la Cláusula Edad; viviendo en el hogar del Asegurado y teniendo la misma residencia permanente del Asegurado, o ausentes de allí únicamente para asistir a la escuela. Dichos hijos deben depender del Asegurado para su sostenimiento y estar registrados como Dependientes del Asegurado en los archivos del patrono.

   En caso que el límite de edad indicado en la Cláusula 7 Edad del Seguro, sea más de diecinueve años, dichos hijos mayores de diecinueve años de edad, solo serán elegibles si tienen la misma residencia permanente que el asegurado, y son estudiantes a tiempo completo en jornada diurna en un colegio acreditado o universidad.

   Fecha de Aseguramiento

   Cualquier Asegurado que tenga dependientes será elegible para el seguro de dependientes, en la fecha en que el asegurado sea incluido en este aditamento, o en el día en que el asegurado por primera vez adquiere dicho dependiente, cualquiera que sea posterior.

A. Cuando las condiciones particulares del seguro estipulen que el seguro es no contributorio, los Dependientes serán asegurados como sigue:

I. Si el asegurado tiene uno o más Dependientes en la fecha efectiva de su seguro como asegurado bajo este Aditamento, el Seguro para dichos Dependientes será efectivo en esa fecha;
II. Si el asegurado adquiere uno o más dependientes después de la fecha efectiva de su seguro como asegurado bajo este aditamento, dichos dependientes serán asegurados automáticamente y a partir de la fecha que se convierten en dependientes será efectivo en esa fecha.

B. Cuando las condiciones particulares del seguro estipulen que el seguro es contributorio, el seguro para los dependientes de un asegurado que solicite el contratante por escrito se deberá hacer para dichos dependientes en la solicitud que para tal efecto disponga La Aseguradora de seguros y exigiendo hacer la requerida contribución, será efectivo como sigue:

I. Si el asegurado tiene uno o más dependientes en la fecha efectiva de su seguro como, el seguro para dichos dependientes será efectivo en esa fecha.
II. Si el asegurado adquiere uno o más dependientes después de la fecha efectiva de su seguro, tales dependientes serán asegurado en la fecha en que él hace solicitud por escrito y pago de cualquier aumento de contribuciones requerido; debido a un cambio resultante en la categoría de inscripción.

Dependientes – Terminación del Seguro individual:

El seguro de un dependiente terminará automáticamente,

1) si se termina el seguro del asegurado;
2) si el dependiente asegurado cesa de ser elegible como dependiente;
3) si se termina el seguro, o
4) si el asegurado deja de hacer alguna contribución requerida

CLÁUSULA 6. COBERTURAS CON COSTO ADICIONAL

Las siguientes coberturas operan exclusivamente si en la carátula de la póliza se indica que están amparadas y se realiza el pago adicional correspondiente.

Todas las coberturas adicionales están sujetas a las exclusiones generales de la póliza en lo que no se contrapongan con los beneficios de la Cobertura adicional contratada.

6.1. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, La Aseguradora reembolsará los gastos originados por una emergencia médica ocurrida en el extranjero hasta el límite máximo de la suma asegurada contratada, o por un periodo máximo de 90 días contados a partir de la fecha del primer gasto erogado efectuado por el asegurado, lo que ocurra primero, según lo indicado en los tabuladores, mismos que han sido determinados por los organismos encargados de la salud, del país donde se atienda.

La emergencia termina cuando el asegurado sale de la situación crítica del estado agudo del enfermedad, manteniendo sus signos vitales dentro de los parámetros aceptables que permitan su traslado a la República de Honduras al hospital al cual el asegurado tenga derecho de acuerdo al plan contratado, momento en el cual terminan los efectos de esta cobertura.
El límite de edad de aceptación es hasta los 64 años de edad para pólizas nuevas. Para los recién nacidos esta cobertura operará a partir de los 31 días de nacido.

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable. La suma asegurada de esta cobertura es independiente a la contratada en cualquier otro beneficio y será la que rija durante la vigencia de la póliza. En esta cobertura aplica deducible de acuerdo a la suma asegurada contratada para esta cobertura, su indemnización aplicará mediante reembolso.

- El asegurado podrá o no coordinar la atención médica en el extranjero con La Aseguradora, cubriéndose los gastos erogados bajo las siguientes condiciones:

- Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados.

- En caso de que el asegurado no coordine la atención médica con la aseguradora, los gastos erogados serán cubiertos de la siguiente manera:

    - El asegurado deberá cubrir su deducible y el máximo de coaseguro contratado para emergencias en el extranjero. El coaseguro en este caso no tendrá tope.

    - Los honorarios médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función a lo usual, razonable y acostumbrado.

6.2. MATERNIDAD

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, se ampararán los gastos erogados que rebasen la Suma Asegurada de la cobertura Ayuda de Maternidad a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura

Se ampara el evento final al que se llegue por embarazo, ya sea de la titular, esposa o compañera de hogar, trátese de parto normal o cesárea.

La inclusión de esta cobertura dentro del seguro se ve reflejada de manera individual dentro del desglose por asegurado de la póliza.

Así mismo, se cubrirá

a) Gastos erogados por la atención intrahospitalaria del recién nacido sano hasta el límite máximo establecido en la póliza para este beneficio, el cual es independiente de la suma asegurada contratada para el evento de maternidad. Los gastos cubiertos por este concepto son: cunero, atención pediátrica y atención de enfermería, el cual estará sujeto a las condiciones particulares contratadas.

b) Circuncisión para el recién nacido sano hasta el límite máximo establecido en la póliza para este beneficio de acuerdo a lo contratado, sin deducible, coaseguro ni periodo de espera. Esta indemnización es independiente de la suma asegurada contratada para el evento de maternidad.

La edad de contratación en esta cobertura es a partir de los 15 años hasta los 44 años para el titular, cónyuge o compañera de hogar.

El periodo de espera que opera para esta cobertura es de 10 meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de contratación de la misma.

El reconocimiento de antigüedad de otra aseguradora aplica para esta cobertura, en vista que se otorga continuidad de cobertura.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura.

En caso de reclamación, la suma asegurada que aplicará será la que se haya contratado al menos 10 meses antes del evento final, al que se llegue por embarazo.

En esta cobertura aplica deducible y coaseguro iguales a los de la cobertura básica.

Las complicaciones del embarazo se consideran como enfermedad de acuerdo a la Cláusula 4.4, aplicando suma asegurada, deducible y coaseguro contratado en la cobertura básica.

Esta cobertura sólo opera en territorio nacional. El pago solo aplicará vía reembolso en caso de ser el extranjero

6.3. GASTOS DE SEPELIO

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, en caso de que un asegurado o sus dependientes fallezcan a consecuencia directa de una enfermedad cubierto, La Aseguradora indemnizará la suma asegurada contratada para esta cobertura.

La indemnización se realizará a los dependientes designados en el consentimiento, en caso de no existir éstos, se hará a la sucesión del asegurado.

Para los menores de 12 años se reembolsarán los gastos relacionados directamente con el sepelio, hasta por la suma asegurada contratada para esta cobertura. Los gastos se deben comprobar presentando los documentos originales que los acrediten.

Las edades de aceptación son desde el primer día de nacido hasta los 64 años para pólizas nuevas.

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente de la contratada en cualquier otra y será la que rija durante la vigencia de la póliza.

No se otorgará este beneficio si la muerte ocurre 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. Salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.07 miligramos por litro.

En esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

6.4. INCREMENTO A HONORARIOS QUIRÚRGICOS

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, el asegurado tendrá derecho al pago de incremento de honorarios quirúrgicos en función de lo usual, razonable y acostumbrado. Las edades de aceptación son desde el primer día de nacido hasta los 64 años para pólizas nuevas.

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

6.5. COBERTURA INTERNACIONAL

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, el asegurado tiene derecho a recibir atención médica y/u hospitalaria en el extranjero de acuerdo a las condiciones generales que rigen la presente póliza en territorio nacional, salvo que se mencione algo en contrario.

Los periodos de espera en esta cobertura empiezan a contar a partir del inicio de vigencia de la contratación de la misma.

Esta cobertura sólo cubrirá a los asegurados que residan habitualmente en territorio nacional y cuya estancia fuera de la República de Honduras a no sea mayor a 90 días continuos. Si alguno de ellos permanece en el extranjero por un periodo mayor a los 90 días antes mencionados y hasta un máximo de 12 meses continuos, deberá informar previamente a La Aseguradora y pagar una extra prima.

Si el asegurado no cumple con esta disposición, cualquier siniestro que ocurra durante ese periodo en el extranjero, no estará cubierto.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente a la suma asegurada de cualquier otra cobertura, misma que aplicará junto con el deducible, coaseguro y tope de coaseguro indicados en la carátula de la póliza.

Las edades de aceptación son desde el primer día de nacido hasta los 64 años para pólizas nuevas.

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.
A continuación se mencionan las condiciones aplicables para gastos en el extranjero:

1. Los honorarios de médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán al costo promedio usual y razonable para el tipo de enfermedad y hospital elegido.
2. Cuarto semiprivado sin incluir cama extra para el acompañante.
3. Opera el sistema de pago directo siempre y cuando la enfermedad proceda y se dé previo aviso a La Aseguradora con un plazo de 5 días hábiles anteriores a su atención. Es necesario presentar el informe médico donde se indique la enfermedad y tratamiento a realizar.
4. El límite máximo para trasplantes es el límite máximo contratado y de acuerdo a lo usual, razonable y acostumbrado.

El asegurado podrá o no coordinar la atención médica en el extranjero con La Aseguradora, cubriéndose los gastos erogados bajo las siguientes condiciones:

- Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados.
- En caso de que el asegurado no coordine la atención médica con la aseguradora, los gastos erogados serán cubiertos de la siguiente manera:
    - El asegurado deberá cubrir su deducible y el máximo entre el doble del coaseguro contratado y treinta puntos porcentuales. El coaseguro en este caso no tendrá tope.
    - Los honorarios médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función a lo establecido en lo contratado y adicionando un 50% si excedieran de los honorarios usuales, razonables y acostumbrados dentro del territorio nacional.

6.6. PREVISIÓN

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, se obtendrá el beneficio de la misma si sucede alguna de las siguientes dos situaciones:

a. Por fallecimiento del asegurado titular a consecuencia de un enfermedad cubierto durante la vigencia de la cobertura.

- La Aseguradora eximirá del pago de primas de la cobertura básica, únicamente a los dependientes económicos del asegurado titular asegurados en esta póliza, durante 1 año a partir del fallecimiento del asegurado titular.

b. Por invalidez total y permanente del asegurado titular a consecuencia de un enfermedad cubierto durante la vigencia de la cobertura.

- La Aseguradora eximirá del pago de primas de la cobertura básica, al asegurado titular y a sus dependientes económicos asegurados en esta póliza, durante 1 años a partir del diagnóstico correspondiente.

La cobertura se hace efectiva a los dependientes al momento de ocurrir el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado titular (de acuerdo a las edades de aceptación), lo que ocurra primero. De tal suerte que si ocurre la invalidez total y permanente, la cobertura no podrá ser contratada nuevamente por el asegurado titular, ni se extenderá el plazo de cobertura.

Para dar inicio a los beneficios de esta cobertura, el asegurado titular y/o dependientes económicos quedarán protegidos por el seguro de Gastos Médicos que sea congruente a la póliza que tenían contratada en la póliza colectiva, cuidando que no exista un detrimento

para el asegurado titular y/o dependientes económicos en cobertura, condiciones generales o calidad de la red médica y hospitalaria contratada originalmente. Sólo quedarán amparados en la cobertura básica, sin derecho a la contratación de coberturas adicionales, en vista que por las situaciones que origina esta cobertura brindan al asegurado y/o dependientes un año de cobertura gratuita. En caso de que la suma asegurada, deducible, coaseguros contratados en la póliza colectiva no se encuentren dentro de la oferta comercial del seguro de Gastos Médicos se tomarán los inmediatos superiores. Las sumas aseguradas vigentes al momento de ocurrir el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado titular, se mantendrán sin modificación durante el periodo que dure el beneficio.

Los rangos de edad del asegurado titular para los cuales se cubrirán los beneficios antes descritos son de 18 a 64 años.

Los dependientes económicos sólo podrán tener derecho a los beneficios antes descritos siempre y cuando formen parte de la colectividad asegurable de la póliza.

Los beneficios de esta cobertura no tendrán efecto si el asegurado titular fallece o se invalida total y permanentemente por participar directamente en actos delictivos intencionales o debido a accidentes o enfermedades originados o diagnosticados previamente al inicio de vigencia de la presente póliza y que sean la causa del fallecimiento o invalidez total y permanente.

Invalidez Total y Permanente.

Se considerará invalidez total y permanente cuando el asegurado titular haya sufrido lesiones, a consecuencia de un enfermedad cubierto, que lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social del que pueda obtener alguna utilidad pecuniaria, y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.

Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente.

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el periodo de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Se entiende por pérdida de las manos, su anquilosis o separación a nivel de la articulación Carpo-Metacarpiana o arriba de ella; por pérdida del pie, su anquilosis o separación al nivel de la articulación Tibio-Tarsiana o arriba de ella; por pérdida de la vista en ambos ojos se entiende la ceguera total, y por pérdida de la vista de un ojo, la ceguera parcial.

Beneficio.
Para que la invalidez se considere plenamente válida, es necesario que el enfermedad que da origen al estado de invalidez no haya ocurrido o se haya diagnosticado previamente al inicio de vigencia del seguro, quedando cubiertos, aquellos casos que hayan sido dictaminados así durante la vigencia del seguro.

El dictamen de invalidez debe realizarse por una institución o médico con Título profesional y certificado por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y especialistas en la materia, así como ser ratificado por el médico de La Aseguradora, de acuerdo con las condiciones del asegurado titular al momento de la reclamación.

Pruebas.
Para que La Aseguradora conceda este beneficio, el asegurado titular deberá presentar pruebas de que su invalidez es total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación, La Aseguradora se reserva igualmente el derecho de exigir al asegurado titular pruebas médicas adicionales para corroborar el estado de invalidez, así como la debida comprobación de su edad si no se ha hecho la anotación en la póliza.

En caso de siniestro:
El asegurado tendrá derecho al pago de complementos de siniestros ocurridos en la póliza colectiva siempre y cuando solicite la emisión de su póliza individual en los primeros tres meses posteriores a la ocurrencia del siniestro que afecta esta cobertura (muerte o invalidez total y permanente del asegurado titular).

6.7. REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, la suma asegurada contratada para la cobertura básica nacional se reinstalará automáticamente y por única ocasión al agotarse dicha suma asegurada en la vigencia de la póliza.

Toda indemnización que La Aseguradora pague por enfermedad reducirá en igual cantidad la suma asegurada reinstalada y estará sujeta al coaseguro contratado.

6.8. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, en caso de que el asegurado padezca alguna de las enfermedades o eventos mencionados en este numeral, podrá ser atendido en los Estados Unidos de América (U.S.A.).

Esta cobertura se podrá contratar únicamente si la póliza no cuenta con cobertura internacional.

El límite de edad de aceptación es hasta los 64 años. Para los recién nacidos esta cobertura operará a partir de los 31 días de nacido.

La Aseguradora cubrirá los gastos que se originen por la atención del asegurado, bajo las condiciones y limitaciones de esta póliza aplicando la suma asegurada, deducible y coaseguro contratado en esta cobertura y establecidos en la carátula de la póliza. Los gastos cubiertos serán los mismos de la Cobertura Básica y serán amparados siempre que haya transcurrido un periodo de espera de 60 días para los nuevos ingresos, salvo los asegurados que ingresen bajo la condición de continuidad de cobertura. Para los nuevos ingresos este plazo será contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura y sujetos a los periodos de espera de la Cobertura Básica, así como a las exclusiones de la Cláusula 13, hasta el límite máximo de la suma asegurada contratada según lo indicado.

Enfermedades o eventos cubiertos:

- Enfermedades neurológicas y neuro quirúrgicas, incluyendo accidente cerebro vascular.
- Cirugía cardiaca y angioplastia.
- Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia.
- Trasplantes de órganos.
- Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor (politraumatismo), incluyendo rehabilitación.
- Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

Se requerirá como parte del diagnóstico hecho por un médico especialista, las copias de los exámenes de laboratorio, rayos X, cuestionario médico o cualesquiera otros reportes o resultados de pruebas de diagnóstico en los que se haya basado el diagnóstico definitivo.

Es requisito indispensable la pre certificación (autorización previa por parte de La Aseguradora) sólo en la reclamación inicial de cada enfermedad cubierto, es decir, el asegurado debe notificar y enviar a La Aseguradora lo siguiente: fecha de admisión al hospital, el informe médico, el aviso de accidente y/o enfermedad, la historia clínica y el resultado de estudios practicados incluyendo copia de la interpretación de los estudios radiológicos, información que deberá de proporcionar al menos 5 días hábiles antes de realización de la cirugía o del tratamiento para estar en posibilidad de determinar su procedencia o no procedencia. Si el asegurado no realiza la pre certificación, los gastos que sean procedentes serán reducidos al 50%, una vez descontado el deducible y coaseguro aplicable.

El Asegurado podrá continuar con el tratamiento médico que haya recibido en los Estados Unidos de América, dentro del territorio nacional, aplicando la suma asegurada, deducible y coaseguro.

En caso de que el asegurado inicie su tratamiento en Territorio Nacional y requiera continuarlo en los Estados Unidos de América, aplicará la suma asegurada, deducible y coaseguro.

En caso de no contratar esta cobertura, la posible ocurrencia de alguna de las enfermedades listadas en este numeral, serán amparadas sólo en territorio nacional a través de la Cobertura Básica, apegándose a las condiciones y limitaciones de la misma.

No se cubren enfermedades preexistentes a la fecha de contratación de esta cobertura.

El asegurado podrá o no coordinar la atención médica en el extranjero con La Aseguradora, cubriéndose los gastos erogados bajo las siguientes condiciones:

- Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados.
- En caso de que el asegurado no coordine la atención médica con la aseguradora, los gastos erogados serán cubiertos de la siguiente manera:

✓ El asegurado deberá cubrir su deducible y el máximo entre el doble del coaseguro contratado y treinta puntos porcentuales. El coaseguro en este caso no tendrá tope.

Los honorarios médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función al límite máximo contratado y de acuerdo a lo usual, razonable y acostumbrado

CLÁUSULA 7. SERVICIOS ADICIONALES

7.1. CENTRAL MÉDICA

Este servicio se otorga para cada integrante de la póliza y consiste en ofrecer asistencia telefónica las 24 horas del día y durante los 365 días del año a nivel nacional para:

- Orientación médica en casos de accidentes o enfermedades.
- Consulta médica para casos de enfermedades no graves.
- Referencia de consulta médica domiciliaria.
- Enlace y traslado en ambulancias terrestres vía reembolso siempre y cuando se requiera a causa de una enfermedad cubierto por la póliza y rebase el deducible contratado.
- Asesoría administrativa de Hospitales de la Red, médicos de red y

médicos supervisores de La Aseguradora si los tuviere.

- Referencia sobre consultorios médicos, laboratorios de análisis, diagnóstico y patología, ópticas y farmacias.

No aplica deducible ni coaseguro.

7.2. COBERTURA DENTAL

Mediante la contratación de este servicio adicional y el pago de la prima correspondiente, **LA ASEGURADORA** proporcionará por medio de un proveedor especializado con el cual ha celebrado un contrato amparando los servicios de carácter correctivo dentales que a continuación se mencionan, siempre que se originen a causa de una patología dental por enfermedad o accidente, excluyendo con esto toda atención de carácter preventivo.

A. Los gastos amparados por esta cobertura son:

1. Consulta dental para fines diagnósticos a causa de accidente o enfermedad.
2. Los siguientes procedimientos siempre y cuando se siga un fin correctivo, a causa de una enfermedad o accidente, y que estén amparados en el endoso anexo de esta póliza.

   I. Radiología.
   II. Operatoria Dental (Amalgamas y/o Resinas).
   III. Endodoncias.
   IV. Cirugía Dental.
   V. Remoción de terceros molares.
   VI. Periodoncia y Prostodoncia.
   VII. Prótesis.

B. Exclusiones, específicas para esta cobertura:

1. Gastos cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.
2. Medicamentos, anestesia general o sedaciones.
3. Los proveedores de la cobertura Dental señalada por La Aseguradora no amparan gastos hospitalarios.
4. Cualquier tratamiento realizado por odontólogos fuera de la red de proveedores señalada por La Aseguradora.
5. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del

tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante o por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente a causa del asegurado.

6. Resinas en dientes posteriores en adulto o las afecciones resultantes por la aplicación de éste tratamiento, con excepción de las resinas en cara oclusal del diente posterior si tiene contratada esta cobertura adicional.

7. Retratamiento de endodoncia, sólo se cubrirá una sola vez por pieza dental durante la vigencia de la póliza y en caso de fractura procederá a cargo del proveedor que se haya establecido por La Aseguradora únicamente la extracción.

8. Tratamientos de naturaleza experimental o investigación.

9. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético.

10. Tratamientos que no estén especificados dentro de la cobertura del plan contratado.

11. Gastos erogados fuera de la vigencia de la póliza.

12. En esta cobertura no existen reembolsos.

13. Atención fuera de la República de Honduras.

14. Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico realizado por Odontólogos fuera de la red odontológica establecida.

C. Proceso para presentar una reclamación:

1. El Asegurado elige al Odontólogo de red de su preferencia y solicita una cita.

2. El Asegurado acredita su identidad en el consultorio mostrando identificación su carné vigente de Gastos Médicos de La Aseguradora.

3. El Odontólogo recaba los datos generales del asegurado.

4. El Odontólogo solicita confirmación del servicio con el proveedor del servicio.

5. El call center del proveedor confirma el servicio, da autorización y las características del plan contratado.

6. El Odontólogo realiza diagnóstico y explica el plan de tratamiento.

7. El Asegurado firma de conformidad en la ficha Odontológica por cada tratamiento realizado.

8. El Odontólogo complementa su diagnóstico y envía al proveedor los tratamientos realizados para su pago.

La Aseguradora entregará al contratante la póliza correspondiente especificando los alcances y límites de esta cobertura, así como la extra prima por este servicio, además de pone a su disposición la información en donde podrá encontrar el listado de los requerimientos para presentar alguna reclamación sobre estos beneficios.

7.3. COBERTURA DE VISION

Mediante la contratación de este servicio adicional y el pago de la prima correspondiente, La Aseguradora proporcionará por medio de un proveedor especializado con el cual ha celebrado contrato, los servicios optométricos correctivos que a continuación se mencionan.

La Aseguradora pondrá a disposición del asegurado la información en donde encontrará el listado de los requerimientos para presentar alguna reclamación sobre estos beneficios.

A. Los gastos amparados por esta cobertura son:

1. Examen optométrico con fines diagnósticos a causa de accidente o enfermedad.

2. Lentes de contacto graduados no cosméticos con fines correctivos.

3. Estuche en caso de que el asegurado reciba anteojos a causa de accidente o enfermedad.

4. Derecho a un par de armazones y plásticos CR-39 mono focal o bifocal flat-top L-28 graduados no cosméticos, o lentes de contacto, sólo una de las anteriores opciones, una vez al año.

5. Derecho a una reposición de anteojos, o lentes de contacto, sólo una de las anteriores opciones, una vez al año, con un descuento del 30% de acuerdo a valor factura.

B. Exclusiones específicas para esta cobertura;

1. Gastos cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.

2. Cualquier reclamación presentada por servicios realizados fuera de la

red de proveedores que se hayan establecido por La Aseguradora.

3. En esta cobertura no existen reembolsos.
4. Cualquier tratamiento adicional a al lentes indicados en el punto A de esta cobertura
5. Lentes de contacto denominados gas permeable.
6. Gastos erogados fuera de la vigencia de la póliza.
7. Atención fuera de la República de Honduras
8. Lentes anti solares.
9. Cualquier armazón mayor al tope en clave del plan contratado.

C. Proceso para presentar una reclamación:

1. El Asegurado elige la Óptica de su preferencia.
2. El Asegurado acredita su identidad en el consultorio mostrando identificación oficial (IFE) y su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores de La Aseguradora.
3. El Optometrista recaba los datos generales del asegurado.
4. El Optometrista solicita al proveedor confirmación del servicio.
5. El call center del proveedor confirma el servicio y las características del plan contratado.
6. El Optometrista realiza la Consulta Optométrica y recomienda el producto adecuado para el asegurado.
7. El Optometrista explica las condiciones del plan contratado y muestra los productos que cubre el plan al asegurado.
8. El Optometrista realiza la orden de trabajo y notifica al asegurado la fecha de entrega del producto adquirido.
9. El plan de visión autoriza únicamente un (anteojos o lentes de contacto) por asegurado por año póliza.

No aplica reembolso.

La Aseguradora entregará al contratante la póliza correspondiente especificando los alcances y límites de esta cobertura, así como también poner a su disposición la guía para presentar alguna reclamación sobre estos beneficios.

CLÁUSULA 8. ENFERMEDADES PREXISTENTES

La Aseguradora podrá requerir al solicitante someterse a un examen médico para el seguro de Gastos Médicos.

Si el asegurado se sometió al examen médico para el seguro de Gastos Médicos; La Aseguradora no excluirá enfermedades preexistentes que no hubiesen sido diagnosticados en el examen médico, salvo lo siguiente.

La Aseguradora podrá rechazar una reclamación por gastos originados como consecuencias de una enfermedad o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato:

- Se haya declarado la existencia de dicho enfermedad o;
- Se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o;
- Mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando La Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del enfermedad de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de enfermedad de que se trate.

CLÁUSULA 9. EXCLUSIONES GENERALES

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

A. Los gastos originados por enfermedades preexistentes.

B. Cualquier gasto generado fuera del territorio nacional.

C. Los gastos originados por malformaciones o enfermedades congénitos, a excepción de lo mencionado en el numeral 3.6 Enfermedades o Malformaciones Congénitas.

D. Los gastos originados por cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico,

psicológico o psíquico (salvo lo mencionado en la numeral 3.6; estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas.

E. Los gastos originados por alteraciones del sueño.

F. 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.

G. Los gastos originados por tratamiento de calvicie, anorexia, bulimia, control de peso y acné, salvo los correspondientes a las emergencias médicas señaladas en la cláusula 3.6

H. Tratamientos dietéticos, médicos, farmacológicos y/o quirúrgicos para reducción de peso o control de obesidad, cualquiera que sea su causa, salvo los correspondientes a las emergencias médicas señaladas en la Cláusula 3.6

I. 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 salvo los correspondientes a las emergencias médicas señaladas en las Cláusula 3.6.

J. 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.

K. Los gastos originados por tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía originados previo al periodo de espera de 24 meses establecidos en la Cláusula Límites de Responsabilidad.

L. Los gastos originados por anteojos y lentes de contacto.

M. Los medicamentos para la disfunción eréctil (salvo que éstos se presenten como complicación de una enfermedad cubierta por la póliza), 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.

N. 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, salvo lo dispuesto en las Cláusulas 3.6.

O. 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.

P. 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, salvo lo indicado en la Cláusula 4 Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera.

Q. Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste que no esté autorizado por La Aseguradora.

R. 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, 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 civil.

S. Los gastos originados por suicidio o conato de él, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.

T. Lesiones auto-infligidas, 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.

U. Los gastos originados por reposición de prótesis, salvo lo mencionado en la Cláusula 3 Otros Servicios Médicos, numeral 5 Prótesis.

V. 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 al Ministerio Público y serán consideradas como accidente.

W. Los gastos originados por las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.

X. Los gastos originados por homicidio cuando resulte de la participación directa del asegurado en actos delictuosos intencionales.

Y. Los gastos originados por lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.

Z. No serán cubiertos los gastos originados por las cirugías con fines puramente estéticos o reconstructivos ni las complicaciones que deriven de las mismas, exceptuando lo indicado en el numeral 3.6 Por ejemplo: cirugía nasal estética, implantes mamarios, reducción mamaria cualquiera que sea su origen, causa o consecuencia, liposucción, lipectomía, cirugía de párpados, cirugía de papada, cirugía de glúteos y cualquier otra estética o cosmética.

AA. Los gastos originados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares salvo lo estipulado en el numeral 3.5 de la sección Otros servicios médicos.

BB. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección 6ª “Gastos Médicos Cubiertos”.

CC. No se cubre la responsabilidad civil a cargo de médicos, hospitales o cualquier prestador derivado del servicio recibido, bajo la cobertura del presente contrato se seguro.

DD. Afecciones que resulten o deriven de alcoholismo y/o drogadicción, así

como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.

EE. Cualquier gasto derivado de una enfermedad en el que se haya requerido segunda valoración y ésta no se realice.

FF. Exclusiones que figuren en las condiciones de esta póliza.

GG. Los gastos originados por tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del asegurado por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado.

HH. 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.

c) Si el contratante cambia de giro o alguno de los asegurados cambia a una ocupación que conlleve a un riesgo mayor de sufrir alguna enfermedad, el contratante deberá avisar por escrito a La Aseguradora quien se reserva el derecho de cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación. Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la extra prima correspondiente a la nueva ocupación, en caso contrario excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo, para lo cual se le dará un plazo de 30 días.

d) En la práctica de Charrería, Tauromaquia y Paracaidismo.

II. Las propias mencionadas en cada cobertura.

CLÁUSULA 10. DEFINICIONES

10.1. LA ASEGURADORA. En lo sucesivo se entenderá por **La Aseguradora** a **Seguros Banrural Honduras, S.A**

10.2. ABORTO INVOLUNTARIO (espontáneo). Ocurre cuando se interrumpe el embarazo antes de la semana 20 de gestación (133 días) con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la concepción (placenta, membranas o feto menor a 500 gramos) según la Organización Mundial de la Salud- OMS, éste será dictaminado por un médico especialista en la materia.

10.3. 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.

10.4. ASEGURADO. Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado, pudiendo ser asegurado titular o dependiente económico.

10.5. ASEGURADO TITULAR. Es la persona natural que tiene el vínculo con el contratante de acuerdo con la definición de colectividad asegurable. Podrá autorizar a sus beneficiarios designados para cobrar saldos pendientes a su favor derivados de gastos amparados por la póliza en caso de fallecimiento.

10.6. CENTRAL MÉDICA. Servicio de asistencia telefónica que se otorga para cada integrante de la póliza, las 24 horas del día y durante los 365 días del año a nivel nacional. El servicio ofrecido se encuentra especificado en estas Condiciones Generales.

10.7. CESÁREA (obtención del producto de manera artificial). Consiste en la obtención del producto de la gestación, placenta y membranas por medio de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina. Este procedimiento se indica cuando exista un trastorno o alteración con la madre o el producto el cual será dictaminado por un médico especialista en la materia. Los honorarios médicos quirúrgicos de este procedimiento estarán en función a lo establecido de acuerdo a lo usual, razonable y acostumbrado.

10.8. CIRUGÍA PROGRAMADA. Beneficio otorgado al asegurado cuando La Aseguradora confirma al asegurado y al prestador de servicios, antes de que ocurra la intervención quirúrgica, que efectuará el pago directo de los gastos procedentes que implique la atención del asegurado de acuerdo a los lineamientos vigentes en La Aseguradora.

10.9. COASEGURO. De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado después de descontado el deducible. El valor del Coaseguro contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza. El Coaseguro se aplicará de acuerdo a la descripción de la Cláusula 12 numeral 4, que se especifica en estas condiciones generales.

10.10. COBERTURA BÁSICA. La Aseguradora reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos elegibles por enfermedad y accidente incurridos por el asegurado y sus dependientes asegurados, siempre que estos hayan sido reportados a La Aseguradora y se encuentren en los listados declarados de la póliza.

Todo gasto médico-hospitalario, será reconocido siempre que sea necesario para el restablecimiento de la salud del asegurado o sus dependientes, siempre que no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados. Se considera normal, razonable y acostumbrado, cuando no exceda del promedio que se maneje en la localidad donde es prestado el servicio o suministro médico hospitalario.

10.11. COLECTIVIDAD ASEGURABLE. Constituyen una colectividad asegurable todas las personas que cumplen con las características de la definición establecida de común acuerdo entre el contratante y La Aseguradora que constará en la carátula de la póliza.

10.12. COMISIÓN NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS. Es la entidad encargada de vigilar el cumplimiento de las normas emitidas por el Banco Central de Honduras en materia de política monetaria, crediticia y cambiaria.

10.13. CONTRATANTE. Persona Natural o Jurídica que celebra el contrato de seguro.

10.14. DEDUCIBLE. De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del asegurado.
El valor del Deducible Contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza.
El deducible se aplicará de acuerdo a la descripción de la sección Límites de la Cobertura y Gastos a Cargo del Asegurado, que se especifica en estas condiciones generales.

10.15. DEPENDIENTES ECONÓMICOS. Podrá considerarse como tales a: cónyuge, compañero (a) de hogar, del titular, e hijos solteros menores a 25 años del titular incluidos en la póliza y que cumplan con la definición de colectividad asegurable.

10.16. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Son todas aquellas pruebas clínicas, de laboratorio, gabinete o de imagen que se realicen con la finalidad de diagnosticar o descartar otras enfermedades de característica o manifestaciones similares.

10.17. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO. Es toda emergencia médica que ocurra fuera del territorio nacional, mientras el asegurado se encuentre viajando con fines distintos a la atención de la salud.

10.18. EMERGENCIA MÉDICA. Es la aparición súbita de una alteración del estado

de salud del Asegurado que se manifiesta con síntomas agudos que de acuerdo a su severidad ponen en peligro la vida del asegurado o la viabilidad de alguno de sus órganos. La emergencia desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del asegurado.

10.19. ENDOSO. Documento, generado por La Aseguradora y recibido por el contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo o el tipo de administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por este documento prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

10.20. 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.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará enfermedad cubierta, aplicando deducible y coaseguro:

- Hernias, protusión y eventraciones de cualquier tipo, cualquiera que sea su causa, incluyendo las ocasionadas por un accidente.
- Lesiones accidentales cubiertas por la póliza que NO hayan recibido atención médica dentro de los primeros 30 días de ocurridas.

10.21. ENFERMEDADES CONGÉNITAS. Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, con independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento.

Para los fines y alcances de la cobertura que esta póliza ofrece, el conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo de gestación y den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un sólo evento.

10.22. ESTABILIZACIÓN MÉDICA. Salir de la situación crítica del estado agudo de la enfermedad manteniendo sus signos vitales dentro de los rangos normales.

10.23. EVENTO. Se considera como tal a todo tipo de afectación de la salud del asegurado a consecuencia de una enfermedad, incluyendo todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

10.24. 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.

10.25. HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. Es el pago que obtiene el profesional de la salud legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de este contrato.

10.26. HOSPITAL. Institución Jurídica de salud legalmente autorizada por la Secretaría de Salud de Honduras, para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

10.27. HOSPITALES EN RED. Son los indicados en la Red proporcionada por la Compañía a los que se tiene derecho de acuerdo al plan y zona contratada y que adicionalmente pueden ser consultados a través de Central Médica o en la página de Internet: www.segurosBanrural.com.hn

10.28. IMPLANTACIÓN. Se refiere a la inclusión, inserción, inoculación o injerto. Su aplicación depende del tema o la especialidad de la que se trate. Puede ser tejido, substancias orgánicas, artificiales, radioactivas, o aparatos eléctricos como los marcapasos.

10.29. MÁXIMO VITALICIO: Es la cantidad que representa el límite máximo de responsabilidad de La Aseguradora por cada asegurado y que se reembolsara por una o más enfermedades o accidentes cubiertos, mientras goce de cobertura en la póliza, una vez agotada la suma máxima, La Aseguradora procederá a dar de baja al asegurado.

Esta suma máxima ira disminuyendo automáticamente en la cantidad o cantidades que se hayan pagado por las distintas reclamaciones.

10.30. MÉDICO. Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no sea familiar del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado, que puede ser Médico General, Especialista Certificado y/o Cirujano Certificado.

10.31. MÉDICO ACUPUNTURISTA. Es aquel profesional que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (Titulo y Certificado profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como acupunturista.

10.32. MÉDICO HOMEÓPATA. Es aquel profesional médico que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (Titulo y Certificado profesional), así como

los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como homeópata.

10.33. MÉDICO DE RED. Médico que mantiene convenio con La Aseguradora para dar atención a sus asegurados. El directorio de médicos de red podrá consultarse a través de Central Médica o en la página de Internet de La Aseguradora.

10.34. ENFERMEDAD. Para efectos de este contrato, se refiere a cualquier accidente o enfermedad.

10.35. ENFERMEDAD PREEXISTENTE. Enfermedades contraídas y/o manifestadas antes de la entrada en vigor del Contrato de Seguro (cuya vigencia se consigna en la carátula de la póliza).

10.36. PAGO DIRECTO. Es el pago que realiza directamente La Aseguradora al prestador de servicios, siempre y cuando se trate un hospital Red y/o un médico de red, por la atención médica o quirúrgica de enfermedades cubiertos por el contrato, de acuerdo a los lineamientos vigentes en La Aseguradora.

10.37. PARTO NORMAL. El parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. Es la etapa final del embarazo caracterizada por la expulsión del producto vía vaginal pasando por las diferentes etapas del mismo y en el tiempo estimado (según características y antecedentes de la madre) sin ninguna complicación tanto para el producto como para la madre.

10.38. PARTO PREMATURO. Ocurre cuando se obtiene un producto entre las semanas 20 y 37 de gestación como consecuencia de la ruptura de membranas, dilatación cervical con contracción uterina.

10.39. PERIODO AL DESCUBIERTO. Es el periodo de tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas. Empieza al terminar el Periodo de Gracia.

10.40. PERÍODO DE ESPERA. Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir para que entre en vigencia la cobertura de las enfermedades que se enuncia en el apartado. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera, este periodo de espera opera para cada asegurado.

10.41. PRÁCTICA O ACTIVIDAD PROFESIONAL DE DEPORTES. La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para el que lo realiza.

10.42. PRÓTESIS. Pieza o dispositivo que reemplaza a un órgano, miembro y que tiene la finalidad de adoptar de forma total o parcial la funcionalidad del órgano o miembro original.

10.43. QUIROPRÁCTICO. Es aquel profesional que cuenta con los documentos oficiales que lo acrediten como tal (Título y cédula profesional), y es egresado de alguna escuela de quiropráctica autorizada y reconocida por las autoridades para el ejercicio de su profesión.

10.44. RECIÉN NACIDO. Se considera como recién nacido a la persona que tenga menos de 30 días de haber nacido.

10.45. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD. Es la fecha a partir de la cual La Aseguradora reconocerá como aseguramiento ininterrumpido en un seguro de Gastos Médicos, aun cuando se trate de tiempo como asegurado en otra Compañía de Seguros legalmente establecida en Honduras.

10.46. REEMBOLSO. Es el pago de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad cubierto por esta póliza de acuerdo a las condiciones contratadas. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

10.47. SIDA. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección provocada por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).

10.48. SIGNOS. Son las manifestaciones objetivas de una enfermedad detectada cuando se examina a un paciente o mediante pruebas de laboratorio u otro medio reconocido de diagnóstico.

10.49. SINTOMAS. Son elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente, que éste reconoce como inusuales.

10.50. SEGUNDA VALORACIÓN. A solicitud de La Aseguradora el asegurado y sus dependientes deberán corroborar el diagnóstico inicial de la enfermedad a tratar, por medio de médicos de red designados por La Aseguradora. Este servicio se otorga sin costo alguno y se aplica en los casos donde La Aseguradora, lo considere conveniente.

10.51. SOLICITUD DE SEGURO. Documento en el que el contratante detalla toda su información y quedan establecidas las condiciones básicas de la póliza contratada.

10.52. SUMA ASEGURADA. Se define como el límite máximo de responsabilidad de La Aseguradora, para cada asegurado a consecuencia de una enfermedad cubierto por la aseguradora sobre los gastos que se enuncian en la cobertura básica, en el entendido que cuando exista un límite especifico en algún concepto en particular, dicho límite prevalecerá como tope de esta suma.

10.53. VIH. Se considera que una persona está infectada por el Virus de Inmuno

Deficiencia Humana (VIH) cuando en una prueba serológica (ELISA) el resultado es positivo y esto es confirmado mediante una prueba suplementaria de Western Blot.

10.54. VITAL. Se refiere a lo que es indispensable, insustituible e irremplazable para la supervivencia.

10.55. ZONA DE CONTRATACIÓN. Es la zona utilizada por La Aseguradora para determinar la tarifa que le corresponde de acuerdo a la residencia del asegurado.

CLÁUSULA 11. EDAD

Son elegibles todas aquellas personas cuya edad no exceda a los 65 años, la cobertura se extiende hasta el cumplimiento de los 70 años.

Límite de edad para Cónyuges: Hasta el cumplimiento de 70 años

Límite de edad para Hijos: 19 años (edad máxima de ingreso)

Si por razón de cursar estudios universitarios a tiempo completo, estudios secundarios en establecimientos legalmente autorizados, este dependa económicamente del titular y sin progenie, la cobertura se extenderá hasta el cumplimiento de los 25 años, para tal efecto deberán adjuntar la forma de estudio de colegio o universidades reconocidas y estudiando a tiempo completo en jornada diurna, La Aseguradora tendrá el derecho de solicitar dicha forma actualizada.

Edad mínima de inclusión de hijos: 1 día de nacido.

Si la edad del asegurado estuviere 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 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 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 hubiera 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 estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, La Aseguradora estará obligada a reembolsar 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.

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

CLÁUSULA 12. OBLIGACIONES AL CONTRATANTE

El Contratante quien es el responsable ante La Aseguradora de cumplir con los requerimientos que está solicite por cada uno de los asegurados deberá cumplir con los siguientes incisos:

1. Comprometerse en completar la información de solicitud y documentación personal de cada asegurado amparado en la póliza.
2. Recolectar la prima de seguro correspondiente al periodo convenido cuando el seguro contratado sea contributivo.
3. Efectuar el pago puntual de las primas recaudadas ante La Aseguradora.
4. Recibir y entregar a cada asegurado el certificado individual de aseguramiento.
5. Reportar las altas y bajas de personal en el tiempo oportuno a fin de limitar la responsabilidad de primas y siniestros.
6. Dar a conocer a las personas que se van a asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
7. Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por La Aseguradora.
8. Entregar certificado individual a cada persona del grupo asegurado.

Ingreso de nuevos asegurados: Se otorgan 90 días al Contratante para reportar los nuevos asegurados a La Aseguradora a partir de la fecha en que el empleado inicia sus labores, durante este plazo se tomara como fecha de ingreso a la póliza la fecha en que el empleado inicie sus labores.

Condiciones:

- El asegurado deberá de llenar siempre la solicitud de inscripción, y someterla al análisis de La Aseguradora
- Transcurridos los 90 días, se tomara como fecha de ingreso a la póliza la fecha en la que fue recibida la solicitud de La Aseguradora.

CLÁUSULA 13. PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante quien es el responsable ante La Aseguradora de cumplir con los requerimientos que está solicite por cada uno de los asegurados deberá evitar lo siguiente:

1. Presentar información falsa de los asegurados a La Aseguradora
2. No efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada por la Compañía

3. No pagar en su debido momento a la aseguradora la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.
4. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de La Aseguradora y que pertenece al asegurado o a sus beneficiarios.

CLÁUSULA 14. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS

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 hubiere conocido el verdadero estado de salud del asegurado, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave.

La Aseguradora perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día 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 de que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior no estará obligada La Aseguradora a pagar la indemnización.

Si el seguro concerniere a varias personas el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo a lo establecido 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 3 meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o la reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes de que aquellos datos fueren conocidos por La Aseguradora o antes de que está haya manifestado su decisión de concluir el contrato la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

CLÁUSULA 15. PAGO DE PRIMA

El monto de la prima a pagar es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los Asegurados del Grupo Contratante 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.

Las primas de seguros serán colectadas por el Contratante quien será el responsable ante La Aseguradora por el pago de las mismas, de acuerdo a la modalidad y forma de pago concertada.

Si la prima no fuere, pagada dentro de los plazos establecidos en el contrato o en los legales, los efectos del seguro no podrán suspenderse sino quince días (15) después del requerimiento respectivo al asegurado, el cual podrá hacerse por medio de carta certificada con acuse de recibo, dirigida al propio asegurado o a la persona encargada del pago de las primas, al último domicilio conocido por el asegurador.

En el requerimiento se mencionará expresamente su objeto, el importe de la prima y la fecha de su vencimiento, así como el texto íntegro del presente artículo.

Diez (10) días después de la expiración de este plazo, La Aseguradora podrá rescindir el contrato o exigir el pago de la prima en la vía ejecutiva.

La rescisión podrá hacerse por medio de una declaración de la empresa dirigida al asegurado en carta certificada con acuse de recibo.

La rescisión podrá hacerse por medio de una declaración de La Aseguradora dirigida al asegurado con carta certificada con acuse de recibo. Si el contrato no fuere resuelto producirá todos sus efectos desde el día siguiente a aquel en que se hubieren pagado la prima y los gastos realizados para su cobro.

Para el computo de los plazos indicados en este Artículo, se tendrá en cuenta que no se contara el día del envió de la carta certificada y que si el último día es festivo se prorrogara el plazo hasta el primer día hábil siguiente. Será nulo todo pacto en contra.

CLÁUSULA 16. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

La responsabilidad máxima de la Compañía no excederá de la suma asegurada, ni los límites o sub-límites fijados para cada cobertura descritos en la Carátula de la Póliza.

La Aseguradora indemnizará los gastos en los que incurra el asegurado por enfermedad o accidente hasta el límite contratado, reduciendo en igual cantidad la suma asegurada en la vigencia donde se inició y ocurrió la causa que les dio origen, siendo reinstalada previo pago para otras enfermedades diferentes que hayan ocurrido en la misma vigencia.

Las obligaciones de la aseguradora tendrán como límite lo que ocurra primero:

a) El agotamiento de la suma asegurada;
b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de

la póliza.

c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto a la enfermedad que haya afectado al Asegurado.
d) La cobertura podrá ser a nivel nacional o centroamericano a solicitud del contratante.

Los límites de responsabilidad establecidos, estarán sujetos a los siguientes aspectos de indemnización:

Nivel Hospitalario. Cuando el asegurado acceda o reciba servicios de un hospital cuyos honorarios y gastos excedan de lo usual, razonable y acostumbrado, el asegurado será responsable por el excedente que resulte del valor reconocido por La Aseguradora y el valor cobrado en exceso por el Centro Hospitalario según se trate de un accidente o una enfermedad, por los gastos erogados en dicho hospital, en este caso no opera el beneficio de Pago Directo y Cirugía Programada.

Pago Directo. Este beneficio se otorga al asegurado siempre y cuando la atención médica o quirúrgica de enfermedades cubiertos en el contrato se lleve a cabo directamente con médicos y hospitales en red.

Para que se otorgue este beneficio, el tratamiento médico o quirúrgico deberá rebasar el deducible contratado. El otorgamiento de este beneficio no exime al asegurado del pago de deducible y coaseguro mencionado en la póliza.
Este beneficio aplica sólo en hospitales en red y se extiende para la cirugía programada, siempre y cuando se realice la pre-certificación correspondiente. Se entiende como pre certificación, al hecho de que, en caso de tratamiento quirúrgico, el asegurado:

a) Se comunique a Central Médica donde le indicarán los hospitales en los que opera el beneficio de Cirugía Programada,
b) Envíe a La Aseguradora por lo menos con diez días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital, el informe médico, el aviso de accidente y/o enfermedad, la historia clínica y el resultado de estudios practicados incluyendo copia de la interpretación de los estudios radiológicos.
c) Una vez recibida la información anteriormente requerida La Aseguradora resolverá en un plazo máximo de 5 días.

No se otorgará el beneficio de cirugía programada si el asegurado se realiza un tratamiento quirúrgico adicional al autorizado y no cubierto por las condiciones de la póliza.

Si al momento de la atención médica o quirúrgica de enfermedades cubiertas, la póliza no está pagada o para los casos de pago fraccionado existiera alguna

fracción pendiente de pago, no operará el beneficio de Pago Directo ni Cirugía Programada.

Si el asegurado se realiza un procedimiento quirúrgico diferente y/o adicional al notificado a La Aseguradora, deberá avisar por escrito a ésta, de lo contrario, La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar el beneficio de Pago Directo, y aplicará el pago por reembolso.

Este beneficio de Pago Directo también opera para la "Cobertura Internacional", bajo los mismos lineamientos.

Reembolso. Es la mecánica en la que el asegurado realiza el pago de los gastos médicos que implicaron su atención, los cuales posteriormente presenta a La Aseguradora para su dictamen, sustentándolos con originales de las facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes, así como la información médica que avala el diagnóstico y atención recibida.

CLÁUSULA 17. VIGENCIA

El seguro tendrá una vigencia anual. El seguro amparado por esta Póliza vencerá automáticamente a la media noche de la fecha en que para su terminación se expresa en la Carátula de esta Póliza, podrá ser prorrogado a petición del Asegurado, pero la prorroga deberá constar en documento firmado por la Compañía y se regirá por las condiciones consignadas en el mismo**.**

CLÁUSULA 18. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración el riesgo no existía por no haber existido nunca, por haber desaparecido o por haberse realizado el siniestro. Sin embargo los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de las partes contratantes, si ambas proceden de buena fe.
Si el riesgo dejare de existir después de la celebración del contrato este se resolverá de pleno derecho y la prima se deberá únicamente por el año en curso, a no ser que los efectos del seguro deban comenzar en un momento posterior a la celebración del contrato y el riesgo desapareciere en el intervalo, en cuyo caso La Aseguradora solo podrá exigir el reembolso de los gastos.

Es obligación del contratante notificar a La Aseguradora, en el plazo que este establezca, las agravaciones esenciales que tenga el riesgo asegurado durante la vigencia del seguro.

La agravación esencial del riesgo previsto, permite a La Aseguradora dar por concluido el contrato. La responsabilidad concluirá quince días (15) después de haber comunicado su resolución al asegurado.

CLÁUSULA 19. DEDUCIBLE Y COASEGURO

Cantidad fija que aplica a los primeros gastos durante la vigencia a cuenta del asegurado, hasta el límite establecido en la carátula de la póliza, por cada accidente o enfermedad cubierta. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto comienza la obligación de La Aseguradora.

Coaseguro. Aplicará en cada reclamación procedente por enfermedad, sea inicial o complementaria.

Criterio de Aplicación de Deducible, Coaseguro. De la reclamación que presente el asegurado se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza, Condiciones Generales y/o endosos específicos que delimiten los gastos que de acuerdo a la póliza están cubiertos.

A la cantidad resultante en el párrafo anterior, se le descontarán las participaciones establecidas como Deducible y Coaseguro que quedan a cargo del asegurado, en el siguiente orden: primero el Deducible y a la cantidad restante el coaseguro. El monto resultante es el que queda a cargo de La Aseguradora hasta la suma asegurada contratada o el límite máximo establecido en Condiciones Generales.

El deducible y el coaseguro determinado por cobertura serán pactados con el contratante y serán detallados en las condiciones particulares.

CLÁUSULA 20. INGRESOS DE PERSONAS DEL GRUPO ASEGURADO

Pueden ingresar al grupo asegurado todas las personas que, formando parte activa del grupo asegurable, entreguen a la Aseguradora, a través del Contratante, su correspondiente consentimiento, y sus edades estén dentro de los límites establecidos por la Aseguradora. Sus respectivos seguros entraran en vigor al cumplirse estos requisitos.
Los miembros del grupo asegurable que no den su consentimiento a la Aseguradora a través del Contratante, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tengan derecho de ingresar al grupo asegurado, deberán presentar a su costa, pruebas de buena salud y de asegurabilidad a satisfacción de la Aseguradora. En este caso el seguro entrará en vigor desde la fecha en que los acepte la Aseguradora.

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, las solicitudes firmadas por los miembros de la Colectividad Asegurable y los avisos de altas y bajas que conforme a esta póliza deben efectuarse, LA ASEGURADORA elaborará un registro de asegurados indicando el periodo de seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá nombre, edad, sexo, suma asegurada, fecha de inicio y termino de vigencia, número de certificado individual y prima de cada asegurado y de cada uno de sus dependientes económicos. En la carátula de

la póliza se especificará la suma asegurada contratada por la colectividad asegurada.

CLÁUSULA 21. EGRESOS DE PERSONAS DEL GRUPO ASEGURADO

El contratante dará inmediato aviso a la Aseguradora de las personas que por cualquier causa dejen de pertenecer al grupo asegurado, así como de la fecha de la separación; y tendrá derecho a que aquella le devuelva la parte no devengada, por meses completos de la prima promedio.
En caso de separación de algún asegurado sin que el contratante dé aviso oportuno a la Aseguradora, los efectos de su seguro terminarán en la fecha en que deje de pertenecer al grupo asegurable.

CLÁUSULA 22. AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el contratante, tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a favor del asegurado por el contrato de seguro, deberá de comunicarlo por escrito a La Aseguradora en un plazo máximo de cinco (5) días calendario acompañado de la documentación completa de soporte original y debidamente sellada por el medico(s) tratante y facturas correspondientes. El importe por concepto de los honorarios médico quirúrgicos será cubierto siempre que no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados, según zona geográfica de contratación, los cuales serán pagados dentro de los 60 días contados a partir del recibo de la información completa requerida.

La falta de aviso de la presentación de la documentación, dentro del plazo establecido, no desliga a La Aseguradora de sus obligaciones.

CLÁUSULA 23. 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 agotamiento del máximo vitalicio
3. Por el agotamiento de una cobertura adicional
4. Por falta de pago de la prima después del período de gracia.
5. Cuando el Asegurado cancele por escrito la Póliza.
6. Al cumplir el Asegurado setenta (70) años de edad.
7. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

Dependientes – Terminación del Seguro individual
El seguro de un dependiente terminara automáticamente,
(1) si se termina el seguro del asegurado;

(2) si el dependiente asegurado cesa de ser elegible como dependiente;
(3) si se termina el seguro, o
(4) si el asegurado deja de hacer alguna contribución requerida

CLÁUSULA 24. TERMINACIÓN ANTICIPADA

La terminación anticipada del contrato de seguro aplicara únicamente para el asegurado. Considerando las siguientes causas:

1. Falta de Pago de la prima de seguro
2. Declaraciones inexactas
3. Agravación del riesgo

CLÁUSULA 25. RENOVACIÓN

Este seguro se renovará automáticamente en su fecha de terminación con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre La Aseguradora y el CONTRATANTE. En cualquier fecha de renovación el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito modificaciones al programa de coberturas. Para incrementos de Suma Asegurada deberá presentar, a satisfacción de La Aseguradora, las pruebas de asegurabilidad que esta requiera.

CLÁUSULA 26. PRESCRIPCIÓN

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

El plazo del que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que La Aseguradora haya tenido conocimiento de él y 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.

CLÁUSULA 27. OTROS SEGUROS

Si un asegurado o dependiente tiene contratado con otra o otras instituciones en todo o en parte, cuberturas de la misma naturaleza que ampare el presente contrato y que cubran el mismo riesgo, tomados en la misma fecha antes o después del presente contrato, el asegurado está obligado a declararlo inmediatamente por escrito a La Aseguradora expresando el nombre de los asegurados y las sumas aseguradas.

CLÁUSULA 28. REPOSICIÓN

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

CLÁUSULA 29. TERRITORIALIDAD

Esta póliza ha sido contratada conforme a las leyes hondureñas para amparar de acuerdo con las coberturas contratadas; siniestros que ocurran dentro del territorio Hondureño y por acuerdo entre las partes extensivo a Centro América.

CLÁUSULA 30. 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 y/o al Contratante la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deben enviarse a La Aseguradora de Seguros y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que La Aseguradora de Seguros debe hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca La Aseguradora. 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 cumpliere 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.

CLÁUSULA 31. MONEDA

Todos los pagos hechos por el Contratante 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 32. 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 y 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 Nacional de Bancos y Seguros no podrá pronunciarse en caso de litigio salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA 33. CAMBIOS O MODFICACIONES

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.

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

CLAUSULA 34. PERIODO DE GRACIA. Es aquel intervalo de tiempo durante el cual, en caso de no pagar la prima o cualquiera de las fracciones de ella en los casos de pago en parcialidades, quedan suspendidos los beneficios de pago directo que se deriven de esta póliza, sin que ello implique la pérdida de continuidad en la cobertura. Se genera por falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza. Si no hubiere sido pagada la prima o cualquiera de las fracciones de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

CLÁUSULA 35. 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 Foreing 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 Indebido 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.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No. del