

SEGURO PARA ENFERMEDADES GRAVES CONDICIONES GENERALES

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

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

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA DEL SEGURO:

COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

Una vez concluido el periodo de espera de la presente Póliza, entrará en vigor la cobertura de Enfermedades Graves, mediante la cual la Compañía realizará al Asegurado el pago de la Indemnización contratada para esta cobertura que aparezca en el Certificado Individual de Cobertura correspondiente, en caso de que el diagnóstico sea por primera vez en la vida del Asegurado y esto ocurra durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves que se describen más adelante.

Las Enfermedades Graves cubiertas bajo esta póliza son las siguientes:

I. INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Definición:

Padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardiaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por cuando menos uno de los siguientes puntos:

- a. Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las veinticuatro (24) horas anteriores a dicha hospitalización.**
- b. Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de enfermedad cardiaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones, diaforesis (sudoración excesiva).**
- c. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardiacas por sobre los valores normales de laboratorio.**

SE EXCLUYE:

Esta póliza no ampara y la Compañía no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando el infarto al miocardio sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones; o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

1. Infarto al miocardio ocurrido por culpa grave de asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
2. Los siguientes padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza:
 - a. Diabetes mellitus tipos 1, 2 e idiopática;
 - b. Hipertensión arterial;
 - c. Obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal (imc) mayor a 30 unidades, las unidades en que están dados los índices de masa corporal se obtienen mediante la división del peso de la persona en kilogramos entre el cuadrado de su estatura; el criterio de la organización mundial de la salud para considerar a alguien obeso mórbido es que el índice de masa corporal sea de 30 o más unidades kg/e2.

II. APOPLEJÍA

Definición:

Cualquier incidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:

- a. Infarto del tejido cerebral,
- b. Hemorragia de un vaso intracraneal y
- c. Embolia de fuente extracraneal.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas).

Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

SE EXCLUYE:

1. ataques isquémicos transitorios, es decir, cuando se detienen el flujo de sangre a una parte del cerebro por un breve periodo de tiempo.

III. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Definición:

Condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente, lo cual lleva a una falla funcional crónica e irreversible de ambos riñones, que requiera la iniciación de hemodiálisis, diálisis renal sistémica o trasplante de riñón. Para efectos de cubrir la

suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Nefrología e ir acompañado del informe nefrológico y se presenten los estudios de laboratorio que confirmen el diagnóstico.

SE EXCLUYE:

No está asegurada la insuficiencia renal crónica en asegurados diabéticos, cuando ésta sea consecuencia de dicha enfermedad.

IV. CIRUGÍA CORONARIA

Definición:

Cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (bypass).

SE EXCLUYEN:

1. Trombólisis mediante cateterismo coronario. Tratamiento mínimamente invasivo, para deshacer coágulos de sangre anormales en los vasos sanguíneos.

V. ESCLERÓISIS MÚLTIPLE

Definición:

Enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) que se manifiesta por anomalías neurológicas motoras, sensitivas y ópticas, persistentes por un periodo mínimo de 6 meses. El diagnóstico debe ser realizado en forma inequívoca por un médico neurólogo.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES GENERALES DEL SEGURO:

Esta póliza no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la enfermedad grave sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

1. Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.
2. Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa que el asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.
3. Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquier a que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio;
4. Enfermedad grave ocasionada como consecuencia de un accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueren prescritos por un médico;
5. Enfermedades graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
6. Infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV de inmune deficiencia humana.

- 7. Enfermedades graves a consecuencia de actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros.**
- 8. Enfermedades graves a consecuencia de actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el asegurado.**
- 9. Enfermedades graves a consecuencia de intervenciones médicas o quirúrgicas ilícita.**
- 10. Enfermedades graves a consecuencia de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco-romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo. El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.**

CLÁUSULA No. 3 PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDADES PREEXISTENTES:

Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de inicio del Asegurado dentro de la Póliza.
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que, por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo al inicio de vigencia de la póliza.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- 1) Que previamente al inicio de la póliza, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento 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.

- 2) Que previamente al inicio de la póliza, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
- 3) A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.
- 4) Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.
- 5) En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes del inicio de la póliza, la Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.

CLÁUSULA No. 4 CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO:

Mediante el presente Contrato de Seguro la Compañía se obliga, contra el pago de la prima acordada y en el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar al Asegurado la suma asegurada, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

Este Contrato de Seguro queda constituido por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Certificado de Cobertura, Solicitud del Seguro, Anexos y/o endosos que se adquieran a la Póliza. En caso de que haya discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

CLÁUSULA No. 5 DEFINICIONES:

Para todos los efectos de la póliza, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala:

1. **Asegurado:** es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la póliza y que puede tener el carácter de titular o de familiar cuando así aparezca en el certificado individual de la póliza.
2. **La Compañía:** se entiende por **SEGUROS CREFISA, S.A.**, y es quien emite la póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
3. **Accidente:** toda lesión corporal sufrida por el asegurado como consecuencia directa de una causa externa súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el asegurado.

4. **Beneficiario:** para efectos de esta póliza se considerará como beneficiario al propio Asegurado. En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a sus herederos legales.
5. **Contratante:** persona jurídica que mediante la celebración de un contrato mercantil con la Compañía se compromete a realizar la venta de los productos de seguros.
6. **Diagnóstico:** es la identificación que hace un médico especialista de la enfermedad, afección o lesión que sufre el asegurado, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes, siguiendo un razonamiento analógico.
7. **Enfermedad grave:** para efectos de la presente póliza, se considerará como enfermedad grave, cualquiera de las enfermedades indicadas en las coberturas descritas en el apartado correspondiente.
8. **Hospital:** todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el servicio médico de personas enfermas o lesionadas que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, es decir, que disponga y utilice regularmente laboratorios, equipos de radiografía y quirófanos atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
9. **La Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás normativa emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.
10. **Médico:** persona calificada por un grado en medicina que está legalmente autorizado en el área geográfica de su práctica para otorgar servicios médicos o quirúrgicos, pero excluyendo el médico siendo él mismo asegurado, agente de seguros, socio(s) o empleador/empleado del asegurado o miembro de la familia inmediata del asegurado o relacionado en forma similar al asegurado.
11. **Médico especialista:** médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para diagnosticar o prescribir tratamientos para las enfermedades que se especifican dentro de esta póliza, que no sea familiar del asegurado, que sea portador de un título de especialista y que esté legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.
12. **Periodo de espera:** es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del inicio de vigencia de la póliza, para que las coberturas contratadas puedan ser reclamadas. Se establece un periodo de espera de noventa (90) días. Este periodo no tendrá efecto cuando la póliza se renueve ininterrumpidamente.
13. **Enfermedad congénita:** es aquella que está presente al momento del nacimiento o que se contrae en el seno del útero materno.
14. **Signo:** corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una explicación médica.
15. **Síntoma:** es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (indica que algo está sucediendo o va a suceder).
16. **Prima:** es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra los riesgos contratados mediante el presente contrato.
17. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

18. **Tarjeta de crédito y/o débito:** Límite de crédito rotativo de duración indeterminada al que se tiene acceso a través de una tarjeta plástica que puede ser utilizada para compra de bienes o servicios o disponer de dinero en efectivo, emitida por una entidad financiera y declarada en el Certificado Individual de Cobertura.
19. **Tarjetahabiente:** Persona física titular de la Tarjeta de Crédito y/o Débito expedida por una entidad financiera.

CLÁUSULA No. 6 LÍMITE DE RESPONSABILIDAD:

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada cuando se diagnostique, dentro de la vigencia de la póliza, por primera vez al Asegurado una de las enfermedades graves cubiertas, siempre que cumpla con las condiciones estipuladas en este contrato y de acuerdo con el monto pactado en el Certificado de Cobertura.

CLÁUSULA No. 7 DECLARACION FALSAS O INEXACTAS:

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante del seguro o Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Compañía no habrían dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado del Asegurado, serán causas de anulación del contrato, cuando Contratante del seguro o Asegurado haya obrado con dolo o con culpa grave.

La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Contratante o Asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

La Compañía tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada La Compañía a pagar la indemnización.

Si el Contratante del seguro o Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o la reticencia, no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

CLÁUSULA No. 8 PAGO DE PRIMA:

La prima que debe pagar el Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura. Las primas serán cobradas mensualmente al medio de pago automático indicado por el Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. Cualquier atraso en el pago automático no podrá ser imputado a la Compañía, y no exonera al Asegurado de la obligación del pago de la prima en las fechas convenidas.

CLÁUSULA No. 9 PERIODO DE GRACIA:

La Compañía otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima, Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el Asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que expire el período de gracia, esta Póliza y todas sus coberturas serán canceladas en la fecha original de vencimiento de la prima.

El Asegurado acepta que la compañía cobrará esta póliza únicamente a través del medio de pago automático indicado en el Certificado Individual de Cobertura, no estando obligada a aceptar pagos por ventanilla, en efectivo, cheque o por cualquier otro medio aceptado por la Compañía.

CLÁUSULA No. 10 VIGENCIA:

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, salvo se pacte otra cosa en las Condiciones Particulares. Dadas las características de esta póliza, la vigencia del Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

CLÁUSULA No. 11 RENOVACIÓN:

Esta Póliza es renovable anualmente y automáticamente por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. En caso de que la Compañía requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, estas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

CLÁUSULA No. 12 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, sin necesidad de consentimiento de la Compañía. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía de Seguros, indicando el nombre del nuevo beneficiario.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato. Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado. Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

CLÁUSULA No. 13 AGRAVACIÓN AL RIESGO:

Si el Asegurado cambiara su ocupación habitual o ejerciera su profesión en condiciones distintas de las que indicó en su solicitud; o sufriera alguna otra condición que constituya una agravación esencial del riesgo deberá comunicarlo a La Compañía mediante carta certificada u otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía en lo sucesivo.

Se presumirá siempre que la agravación es esencial cuando: se refiere a un hecho importante para la apreciación del riesgo, que, de haberlo conocido La Compañía al celebrar el Contrato, lo habría contratado en condiciones diferentes.

La Compañía de Seguros dentro del plazo de quince (15) días calendario tendrá la facultad de rescindir el Contrato o de aumentar la prima por el período que falte hasta el vencimiento del seguro, de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio. Si el Asegurado no aceptara el aumento de la prima, la póliza será cancelada y, en tal caso, La Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro.

CLÁUSULA No. 14 PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

1. Presentación de siniestros:

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado deberá presentar los requisitos para el trámite en las oficinas de la Compañía, la cual revisará que los requisitos estén completos con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles.

El Asegurado tendrá quince (15) días a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

Para el trámite de reclamos, el Asegurado deberá presentar a la Compañía dentro de los primeros diez (10) días de haber ocurrido el siniestro y suministrar los siguientes documentos:

- Formulario de Reclamación suministrado por la Compañía
- Copia de identidad del Asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del asegurado.
- Documentación complementaria si fuere aplicable.

- Diagnóstico emitido por el médico especialista de la enfermedad que se reclama, así como, los estudios, pruebas de laboratorio, radiografías que corroboren el diagnóstico. Original escrito y copia del resultado de los exámenes médicos firmada por un Médico especialista.

La Compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro. Además, la Compañía podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Compañía no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos. Además, la Compañía podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del siniestro como causante de la pérdida,

2. Formas de Indemnización:

La Compañía pagará al Asegurado, en vida de éste, la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación, en un solo pago.

En caso tal de que el Asegurado fallezca luego de haber sido diagnosticada por primera vez la Enfermedad Grave habiendo ocurrido este diagnóstico durante la vigencia de la Póliza y luego de ser este reclamo aprobado por la Compañía la indemnización será pagada a los beneficiarios quienes serían los herederos legales del Asegurado.

En caso de que el Asegurado fallezca antes de recibir la indemnización correspondiente a causa de la enfermedad grave diagnosticada y amparado por la presente póliza, el monto de la suma asegurada será pagado a los herederos por Ley del Asegurado fallecido. Esto aplicaría si el reclamo es presentado antes o después del fallecimiento del Asegurado siempre y cuando la fecha del diagnóstico de la enfermedad grave sea durante la vigencia de la póliza y además el reclamo sea aprobado por la Compañía en tiempo y forma, y el mismo sea procedente en base a las condiciones generales y particulares de la póliza.

3. Deducciones

Cualquier Prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

CLÁUSULA No. 15 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La cobertura de Enfermedades Graves, cuya vigencia inicia una vez transcurridos los primeros noventa (90) días de vigencia ininterrumpida de la Póliza, terminará al finalizar el año de vigencia de la Póliza, o bien, en caso de renovaciones, cuando el Asegurado alcance la edad máxima de renovación establecida bajo la Cláusula de Edades de Aceptación correspondiente, sujeto al fin de vigencia de la póliza contratada.

También terminará la cobertura que esté en vigor y el contrato se dará por terminado automáticamente, en el momento en que el Asegurado acredite la ocurrencia de cualquiera de los riesgos previstos en la Cláusula 1 donde se describen las Enfermedades Graves cubiertas.

CLÁUSULA No. 16 CANCELACIÓN DEL SEGURO:

La cobertura indicada en esta póliza terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a) El Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- b) Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del Asegurado o el medio de pago especificado.
- c) Por solicitud del cliente a través de la renuncia telefónica.
- d) Por no pago de la prima en las fechas estipuladas sin necesidad de aviso al cliente.
- e) La Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- f) Fallezca el Asegurado o se pague la Cobertura objeto de la presente Póliza.

El Asegurado podrá cancelar la póliza únicamente llamando telefónicamente a los números de teléfono del centro de atención indicados en el Certificado Individual de Cobertura. La fecha efectiva de la cancelación será a partir de la fecha de la llamada, excepto que exista prima adeudada, en tal caso la vigencia efectiva será a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima.

CLÁUSULA No. 17 DEVOLUCIÓN DE PRIMA POR CANCELACIÓN:

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros treinta (30) días posteriores a la emisión de la Póliza, siempre y cuando no haya acaecido el evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado.

Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá el excedente cobrado.

Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días siguientes a la cancelación por parte del Asegurado.

CLÁUSULA No. 18 PERIODO DE GRACIA:

La presente Póliza se mantendrá vigente, mientras se pague la prima del seguro. La Compañía otorga un período de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el Asegurado libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

CLÁUSULA No. 19 FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

Se pagará el 100% de la suma asegurada al momento que por primera vez le sea diagnosticada alguna de las enfermedades cubiertas, salvo que las Condiciones Particulares indiquen una forma de pago distinta.

CLÁUSULA No. 20 PERIODO DE ESPERA:

Este Contrato de Seguro tiene un periodo de espera de noventa (90) días, contados desde el inicio de la póliza, en dicho lapso de tiempo el Asegurado no tendrá la cobertura de Enfermedades Graves. Este periodo no tendrá efecto cuando se renueve ininterrumpidamente.

CLÁUSULA No. 21 EDADES DE ACEPTACION:

Las edades de aceptación mínima y máxima serán de dieciocho (18) y sesenta (60) años respectivamente, con renovación hasta los sesenta y cinco (65) años.

La edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de una indemnización.

Cuando la Compañía compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía.

CLÁUSULA No. 22 REHABILITACION:

La cobertura de este seguro no podrá ser rehabilitada cuando la cancelación hubiera sido por falta de pago de la prima correspondiente.

CLÁUSULA No. 23 SINIESTROS CUBIERTOS:

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante el período de vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, siempre y cuando cumpla con las condiciones de la Póliza.

Para efectos de esta póliza se establece que el plazo máximo de presentación de un siniestro ocurrido durante la vigencia es de treinta (30) días contados desde la cancelación o después de terminada la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA No. 24 MODIFICACIONES AL CONTRATO:

Cualquier modificación a esta póliza se hará por escrito y por acuerdo entre el Contratante y la Compañía previa autorización de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

Dichas modificaciones se harán constar mediante endosos o cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. En consecuencia, ni los corredores o productores de seguros, ni cualquier otra persona, tienen facultades para hacer concesiones o modificaciones.

CLÁUSULA No. 25 MONEDA:

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares de los Estados Unidos de América.

CLÁUSULA No. 26 PRESCRIPCION:

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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

CLÁUSULA No. 27 NOTIFICACIONES:

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por el Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura o a la última recibida por la Compañía. El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada.

Sin perjuicio de lo que establece la presente póliza para la presentación de reclamos, las demás comunicaciones del Asegurado a la Compañía, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas principales.

CLÁUSULA No. 28 OTROS SEGUROS:

En caso de que el Asegurado este cubierto bajo más de una póliza de este tipo emitida por la Compañía, se considerara asegurado a esta persona únicamente por la póliza que provea la mayor suma asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, la Compañía considerara que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero.

En cualquiera de las situaciones descritas, la Compañía devolverá íntegramente el monto que haya pagado el Asegurado por concepto de primas correspondientes de las otras pólizas de este tipo que la Compañía haya emitido.

CLÁUSULA No. 29 REPOSICIÓN DE LA POLIZA:

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del Asegurado a la misma. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

CLÁUSULA No. 30 CONTROVERSIAS:

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

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

CLÁUSULA No. 31 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT:

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras. Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso 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 Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLAUSULA No. 32 NORMAS SUPLETORIAS:

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.