

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

CONDICIONES GENERALES

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 calendario 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.

CLÁUSULA 1: COBERTURA

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO DE ENFERMEDADES GRAVES:

Es una póliza individual de salud, la cual tiene como objetivo cubrir una enfermedad grave diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

RIESGOS CUBIERTOS.

Se otorga el pago de una suma asegurada por el primer diagnóstico que se presente en la vida del Asegurado, de cualquiera de las enfermedades cubiertas.

Las enfermedades calificadas como Enfermedades Graves cubiertas son las siguientes:

Cáncer, Infarto al Miocardio, Accidente Vascular Cerebral, Insuficiencia Renal Crónica, Cirugía Arterio Coronaria (Bypass – 2 o más arterias), o Trasplante de Órganos.

a) CÁNCER:

Diagnóstico de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y diseminado de células malignas, con invasión y destrucción del tejido normal.

El cáncer debe estar confirmado mediante estudio histopatológico por un histopatólogo, o un oncólogo calificado.

El cáncer incluye:

- **A la leucemia**
- **Al linfoma maligno**

- A la enfermedad de Hodgkin
- A las enfermedades malignas de la médula ósea
- Al cáncer metastático de piel.

b) INFARTO AL MIOCARDIO:

Se define como la primera ocurrencia de la muerte del músculo cardiaco debida a un inadecuado aporte de sangre a la zona, manifestado al menos por dos de los siguientes datos:

- Síntomas: Dolor precordial característico
- Elevación de las enzimas cardíacas
- Cambios electrocardiográficos característicos relevantes

c) ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Se define como la suspensión súbita de las funciones cerebrales fundamentales debido a un Accidente Cerebrovascular que produce secuelas neurológicas demostrables, de más de veinticuatro horas de duración, de causa isquémica o hemorrágica.

d) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

Se define como la etapa terminal de una enfermedad renal crónica e irreversible con insuficiencia de ambos riñones y que requiere necesariamente de un tratamiento a base de diálisis o la necesidad de un trasplante renal

Para efectos de este beneficio, queda excluido el caso de períodos temporales de diálisis.

El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica, con evidencias en los análisis de sangre de insuficiencia renal irreversible, que hace necesaria la diálisis peritoneal o la hemodiálisis periódica a largo plazo.

e) CIRUGÍA ARTERIO CORONARIA (BY PASS – 2 O MAS ARTERIAS):

Es la que requiera la cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

Requisitos: Contar con las imágenes de la angiografía coronaria.

f) TRASPLANTE DE ORGANOS MAYORES:

La realización actual de un trasplante de órganos en que el asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islotes de Langerhans) como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador.

El trasplante debe tener una indicación médica, y ésta deberá estar basada en la historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido.

Deberá contarse con toda la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Únicamente queda cubierto el receptor y no el donador.

CLÁUSULA 2: EXCLUSIONES

Con respecto a las Enfermedades Graves detalladas en la Cláusula 1, la Aseguradora no cubrirá cuando la causa del siniestro reclamado se deba a:

Exclusiones para Cáncer:

- Carcinoma “in situ”, displasia cervical, CIN-1, CIN-2, CIN-3, así como todas las lesiones premalignas y cánceres no invasivos.
- Cáncer incipiente de próstata clasificado en TNM como T1 (incluyendo T1a y T1b) o sus equivalentes en otras clasificaciones.
- Melanomas de la piel con grosor de Breslow menor de 1.5 milímetros o menor de nivel 3 de Clark
- Hiperqueratosis, cánceres de piel de células basales y escamosas
- Todos los tumores en presencia de infección por VIH
- Leucemia linfocítica crónica, a menos de que exista evidencia histológica de progresión como mínimo a un Estadio A de Binet

Exclusiones para Infarto al Miocardio:

- El infarto subendocárdico
- La angina de pecho

- El infarto “No Q”
- Micro infartos con una elevación mínima de las troponinas T o I.

Exclusiones para Accidente Cerebro Vascular:

- Se excluye de esta cobertura las causas traumáticas accidentales, los episodios de Isquemia Cerebral Transitoria y los hallazgos incidentales en estudios rutinarios de imágenes cerebrales.
- Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica significativa, de una duración de por lo menos tres (3) meses.

Exclusiones para Insuficiencia Renal Crónica:

- Diálisis temporal por falla renal considerada como reversible después de algunas semanas de tratamiento.

Exclusiones para Cirugía Arterio Coronaria:

- Angioplastia con balón
- Otras técnicas que no requieran cirugía abierta
- Procedimientos con rayos láser

Exclusiones para Trasplante de Órganos Mayores:

- Trasplante de islotes de Langerhans únicamente
- No aplicará la indemnización para el trasplante de órganos en el caso de la insuficiencia renal, cuando ya se hubiere cubierto la indemnización por esta causa, así como en el caso del trasplante de corazón cuando ya se hubiere cubierto el infarto del miocardio.
- Trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células

CLÁUSULA 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte del contrato completo entre la Aseguradora y el Asegurado estas Condiciones Generales, sus Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro y las declaraciones de Asegurado en el Formulario de Suscripción y/o Declaración de Salud, así como los endosos que se anexen.

CLÁUSULA 4: DEFINICIONES

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

AGRAVACIÓN DE RIESGO: Situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del Asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad superior al inicialmente contratado.

AÑO – CONTRATO: Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de vigencia del Contrato.

ASEGURADO: Persona natural amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza y que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptado por la Aseguradora. Asimismo, tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este contrato de seguro, además de firmar como responsable en la solicitud.

ASEGURADORA : Seguros Atlántida, S.A., quien asume los riesgos y se obliga en virtud de las coberturas efectivamente contratadas definidas en la presente Póliza.

COMISIÓN NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS: La Comisión Nacional de Bancos y Seguros creada mediante Decreto Legislativo No.155-95 del 10 de noviembre de 1995.

CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, que recoge los principios básicos que regulan el contrato de seguros, como son los derechos, obligaciones, coberturas y exclusiones de las partes contratantes.

CONDICIONES PARTICULARES: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguros, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Asegurado, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos, límites de edad, cláusulas especiales, exclusiones y deducibles

CONTRATO: Este Contrato de seguro está constituido por:

- a) Las Condiciones Particulares de la póliza, que es el documento en que se identifica al Asegurado y donde se especifican las coberturas contratadas, las primas, el periodo de seguro convenido y los límites pactados.
- b) Estas Condiciones Generales.
- c) En su caso, las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que, debidamente firmados por un funcionario autorizado de la Aseguradora, modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
- d) Las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro y en el cuestionario médico.
- e) En su caso, la historia Clínica, exámenes Médicos y estudios de laboratorio solicitados por la Aseguradora.
- f) Cualquier otro documento que hubiere sido materia para la celebración del mismo.

ENDOSO: Documento que modifica y/o adiciona las condiciones del Contrato y forma parte de éste.

ENFERMEDAD: Alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES: Enfermedades que, con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado, hayan sido diagnosticadas por un Médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran enfermedades preexistentes aquellas:

- a) Que previamente a la celebración del Contrato, 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 Aseguradora 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.

b) Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

CRITERIO DE PREEXISTENCIA: El criterio para determinar que una enfermedad es preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se haya practicado el Asegurado.

EXCLUSIONES: Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la Póliza, y que se encuentre expresamente indicada en el contrato.

LEY: Ley de Instituciones de Seguro y Reaseguros

LUGAR DE RESIDENCIA: Ciudad o población del domicilio declarado en la solicitud por el Asegurado, y donde vive permanentemente el Asegurado.

MÉDICO: Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de Médico, designada para proporcionar atención médica al Asegurado, teniéndolo bajo su cargo y atención directa.

El Médico no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

MÉDICO ESPECIALISTA: Médico que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalada por el colegio de la especialidad.

PERITO MÉDICO: Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y que se encuentre certificado por el Colegio Médico Hondureño. Este médico será ajeno a las partes en caso de controversia y no sea familiar del Asegurado.

PERIODO AL DESCUBIERTO: Es aquel intervalo de tiempo durante el cual se cancela este Contrato. Se genera por la falta de pago de Primas o por no haber realizado la Renovación de la póliza.

PERIODO DE ESPERA: Es el tiempo que debe transcurrir de manera ininterrumpida entre la fecha de alta del Asegurado y la fecha en que se cubrirá el diagnóstico de una enfermedad grave cubierta por esta póliza.

PRIMA: Es la contraprestación monetaria prevista en el Contrato de Seguros a cargo del Asegurado y a favor de la Aseguradora.

RECLAMACIÓN: Es el trámite que realiza el Asegurado ante la Aseguradora, para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia del diagnóstico de una enfermedad grave cubierta. La Aseguradora define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.

RENOVACIÓN: Emisión consecutiva de la póliza por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

RESIDENCIA: Para efectos de este Contrato solamente estarán cubiertos por la póliza al Asegurado que viva permanentemente en Honduras.

SINIESTRO: Es la ocurrencia del riesgo que se genera con el diagnóstico una enfermedad grave cubierta bajo este Contrato, presentado por el Asegurado a la Aseguradora para la indemnización del mismo en caso de estar cubierto por esta Póliza.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad que pagará la Aseguradora al Asegurado por habersele diagnosticado una enfermedad grave cubierta en la póliza, siempre y cuando ocurra durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA 5: LIMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite máximo de Responsabilidad de Seguros Atlántida, S.A., será igual a la suma estipulada en la solicitud de Seguro, sujeto a lo establecido en las condiciones particulares y generales de este contrato.

Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.

Si la Enfermedad Grave o Trasplante de Órganos ocurre dentro del Plazo de Espera transcurrido a partir de la fecha de inicio de vigencia, la Aseguradora no efectuará ninguna indemnización, y su obligación se limitará a reembolsar al Asegurado la prima pagada.

La Suma Asegurada se paga una sola vez durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA 6: SUMA ASEGURADA

La responsabilidad máxima cubierta por esta póliza para el Asegurado por año póliza con base en la cobertura contratada y siempre y cuando el diagnóstico por primera vez de la enfermedad grave ocurra durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA 7: 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 seis (6) meses.

CLÁUSULA 8: DECLARACIONES FALSA O INEXACTAS

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con la solicitud, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

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

La Aseguradora perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al 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 reticencia.

La Aseguradora 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 primer año. Si el riesgo se realizará antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada la compañía 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 con lo dispuesto en el Artículo 1137 del Código de Comercio.

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

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

Se estará además a lo dispuesto en el Artículo 1142 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 9: PAGO DE PRIMA

La prima vence en la fecha de celebración del contrato y su pago debe acreditarse por medio de un recibo auténtico de la Aseguradora; los efectos de la Póliza cesarán automáticamente treinta (30) días calendario después de la fecha de vencimiento de la prima.

El Asegurado puede optar por pagar la Prima de forma anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del Contrato.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en cualquiera de las oficinas de la Aseguradora, contra entrega de la factura correspondiente. Para ser reconocido por la Aseguradora, la factura deberá quedar debidamente firmada y sellada por el personal autorizado. No es deber de la Aseguradora dar noticias de los vencimientos de primas y gestionar su cobro, si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de residencia del Asegurado, esto no sentará precedente alguno de obligación.

CLÁUSULA 10: VIGENCIA

Este Contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en las Condiciones Particulares de esta póliza. El inicio de vigencia será a partir de las 12:00 horas del primer día del período de seguro contratado y la terminación de vigencia será a las 12:00 horas del último día del período de seguro contratado, o antes en los casos de terminación o rescisión previstos en esta póliza.

CLÁUSULA 11: BENEFICIARIOS

El Asegurado tendrá derecho a designar a un tercero como beneficiario sin necesidad del consentimiento de la Aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de esta Póliza, podrá cambiar el beneficiario o beneficiarios sin necesidad del consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a la Compañía y ésta haga constar el cambio en la póliza. Sin embargo, si la designación del beneficiario fuese con carácter irrevocable, además de la autorización de dicho beneficiario, el Asegurado tendrá que notificárselo a la Compañía para realizar la anotación en la Póliza correspondiente.

La sustitución de beneficiario será registrada en la oficina principal a fin de que tenga validez. Una vez registrada, surtirá efecto desde la fecha de notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

Si hubiere varios beneficiarios designados y alguno de ellos muriese antes que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá únicamente entre los beneficiarios sobrevivientes, en la siguiente forma: por partes iguales si no se hubiere señalado cuota; y en proporción a sus respectivas cuotas, en caso de haberlas, todo ello sin perjuicio de pacto en contrario. Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado, o si este hubiese fallecido sin haber designado beneficiario, la suma asegurada se pagará a quienes fueren declarados judicialmente herederos del Asegurado.

CLÁUSULA 12: AGRAVACION DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (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 Aseguradora en lo sucesivo.

La agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la Aseguradora habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

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

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que la Aseguradora las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones. Subsistirá sobre todas las personas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el Asegurado paga a la Aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

CLÁUSULA 13: AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado, tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá de ponerlo en conocimiento de la Aseguradora.

Salvo disposición contraria en el Código de Comercio, o en la ley orgánica respectiva, el Asegurado gozará de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso. La falta de éste permitirá disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente; si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del siniestro, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones como tal.

El Asegurado, autoriza a la Aseguradora a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación.

La Aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, o su representante, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior.

CLÁUSULA 14: REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACION

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN

Cualquier prueba o documento requerido por la Aseguradora para verificar el reclamo, será suministrado por el Asegurado. El debido cumplimiento y ejecución de los términos y condiciones en cuanto se relacionan con todo lo que tiene que hacer y cumplir el Asegurado serán consideradas condiciones precedentes a toda responsabilidad de la Aseguradora de hacer cualquier pago bajo esta póliza

En caso de reclamo, el Asegurado o su representante deberán suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- a. Avisar a la Aseguradora de la existencia de la enfermedad presentando para ello el diagnóstico de su enfermedad, confirmado mediante pruebas clínicas, radiológicas, histológicas o de laboratorio.
- b. Presentar certificación médica realizada por un profesional médico autorizado para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su cónyuge, ni una persona que conviva con él, ni por familiares hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad inclusive.

La Aseguradora tendrá derecho a:

- a. Que el médico nombrado para tales efectos por la Aseguradora valore a satisfacción todas las pruebas aportadas por el Asegurado.
- b. Solicitar en forma complementaria las pruebas que considere necesarias para valorar el reclamo.

La Aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La Aseguradora no está obligada al pago de las prestaciones establecidas en este seguro si el Asegurado no ha presentado la información indicada en esta Cláusula.

CLÁUSULA 15 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Tan pronto la Aseguradora disponga de la información completa relacionada y solicitada de una Reclamación, procederá al pago de la indemnización cubierta de acuerdo con las Condiciones Generales, Cláusulas y Endosos que conforman este Contrato y en moneda nacional, mediante la emisión de cheque o transferencia bancaria electrónica a favor del Asegurado o un representante legal, según sea el caso, entregándole la Aseguradora el finiquito correspondiente el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

Por otra parte, si posterior al pago de una Reclamación la Aseguradora llegara a comprobar que la misma era improcedente, de acuerdo con las Condiciones Generales y particulares de este contrato, cláusulas y sus endosos, la Aseguradora podrá solicitar del Asegurado o de la persona que solicitó tal Reclamación, el reintegro total o parcial de dicho pago mediante la vía legal.

CLÁUSULA 16: TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este seguro terminará para el Asegurado, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Solicitud de cancelación por parte del Asegurado.
- b) Modificación del riesgo u ocupación de forma que no sea aceptable para la la Aseguradora o las nuevas condiciones no sean aceptadas por el Asegurado.
- c) Falta de pago de la prima por falta de disponibilidad en su cuenta de ahorros y/o cheques, vencido el periodo de gracia (30 días).
- d) Al vencimiento de la Póliza, si esta no se renueva por la falta de disponibilidad de fondos en la cuenta del Asegurado.
- e) Cuando el Asegurado cumpla los ochenta (65) años de edad.
- f) Al fallecimiento del Asegurado.
- g) Por cualquier causa debidamente justificada por la Aseguradora según los casos previstos por la Ley.
- h) Cuando el Asegurado o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios Médicos, en colusión con el Asegurado, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato, cláusulas y sus anexos.

CLÁUSULA 17: RENOVACIÓN

Este contrato se renovará automáticamente por otro periodo igual y bajo las mismas condiciones siempre que el Asegurado pague la prima. Salvo pacto expreso en contrario, este derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del Asegurado se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

CLÁUSULA 18: PRESCRIPCIÓN

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

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

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 1133 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 19: CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA 20: COMUNICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a la Aseguradora en el domicilio de la misma indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Asegurado.

Los comunicados que la Aseguradora deba hacer al Asegurado los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento, y para tener validez deberán tener el acuse correspondiente.

CLÁUSULA 21: TERRITORIALIDAD

Para efectos de este Contrato, sólo estará protegido bajo esta póliza el Asegurado que radique habitualmente dentro de Honduras.

CLÁUSULA 22: EDAD

Límites de aceptación: para ingresar a la póliza mientras tenga la edad cumplida en el rango de dieciocho (18) años y la edad máxima de aceptación es de sesenta y cuatro (64) años, con Cancelación a los sesenta y cinco años (65) años siempre que cumpla con los requisitos de asegurabilidad y tenga cobertura continua e ininterrumpida con la Aseguradora.

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

- I. Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad se pague 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 hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Aseguradora estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado, en el momento de la celebración del contrato. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- IV. Si, con posterioridad a la muerte del asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

CLÁUSULA 23: PERÍODO DE GRACIA

Es el plazo de 30 días calendario otorgado por Seguros Atlántida, S.A. al Asegurado, contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, dentro del cual la cobertura se mantendrá vigente, sujeto al pago de la prima durante el periodo de gracia.

Si al terminar el periodo de gracia la prima vencida no ha sido pagada o no han sido presentados los recibos de la prima reclamada, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas de la fecha de vencimiento en que la prima debió haber sido pagada.

CLÁUSULA 24: REHABILITACIÓN

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Asegurado podrá proponer su rehabilitación a la Aseguradora, siempre y cuando cumpla las siguientes condiciones:

- a) Que el Asegurado lo solicite por escrito.
- b) Que el Asegurado reúna los requisitos de asegurabilidad relativos a su estado de salud, edad y ocupación que la Aseguradora requiera.
- c) Pagar el importe del ajuste correspondiente al periodo comprendido desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación. El contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que la Aseguradora comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación

CLÁUSULA 25: MONEDA

La moneda de la póliza puede ser en lempiras y en dólares, de acuerdo como se indique en las Condiciones Particulares de la póliza,

CLÁUSULA 26 : DISPOSICIONES GENERALES

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Toda modificación que haya de hacerse al presente Contrato por la Aseguradora se efectuará mediante la emisión del correspondiente Endoso debidamente suscrito por las partes. Solamente los funcionarios autorizados por la Aseguradora tendrán facultad para extender anexos en el presente Contrato. Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante del Contrato, los anexos a que se hace referencia en el mismo deben ser emitidos por la oficina de la Aseguradora en formularios impresos debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados y previamente registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. El Asegurado debe pagar la correspondiente Prima, si fuere el caso.

REPOSICIÓN

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, la misma será repuesta por la Aseguradora, previa solicitud escrita del Asegurado.

CLÁUSULA 27 : ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el Asegurado, 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 Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA 28 : 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.