

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 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 No. 1: COBERTURA

1.1. Cobertura Básica: Si durante la vigencia de la póliza y a consecuencia de un diagnóstico al Asegurado se le detecta la enfermedad de cáncer por primera vez en la vida del Asegurado, la Aseguradora pagará la indemnización correspondiente, sujetándose a los términos del contrato y hasta por la suma asegurada.

El monto a indemnizar por el diagnóstico de cáncer se muestra en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se pagará la indemnización siempre que el Asegurado haya sido diagnosticado por un médico especialista en oncología.

1.2. Definición de Riesgos Cubiertos

Se considera como cáncer, al diagnóstico de la presencia 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 realizado por un patólogo 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.

CLÁUSULA No. 2: EXCLUSIONES

Este Contrato no cubre la indemnización por diagnóstico de cáncer a consecuencia de:

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 30/18-09-2019.



1. Carcinoma “in situ”, displasia cervical, CIN-1, CIN-2, CIN-3, así como todas las lesiones pre malignas y cánceres no invasivos.
2. Cáncer incipiente de próstata clasificado en TNM como T1 (incluyendo T1a y T1b) o sus equivalentes en otras clasificaciones.
3. Melanomas de la piel con grosor de Breslow menor de 1.5 milímetros o menor de nivel 3 de Clark.
4. Hiperqueratosis, cánceres de piel de células basales y escamosas
5. Todos los tumores en presencia de infección por VIH
6. Cáncer provocado por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones.
7. Cáncer preexistente.
8. Diagnóstico de cáncer que ocurra durante el período de espera.
9. Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.

CLÁUSULA No. 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A., en adelante la Aseguradora, a cambio del pago de la prima convenida y con base en las Condiciones Particulares, el Contratante nombrado como tal en las mismas, convienen en celebrar el presente Contrato de “**SEGURO SALUD POR CÁNCER**”. Este contrato de seguro queda constituido por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Registro de Asegurados, los anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere; quedando el Contratante, el Asegurado y la Aseguradora sujetos a dichas condiciones pactadas entre las partes.

CLÁUSULA NO. 4: DEFINICIONES

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

1. **La Aseguradora:** SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A.
2. **Asegurado:** Persona física 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.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registrada POL GPU No. 30/18-09-2019.

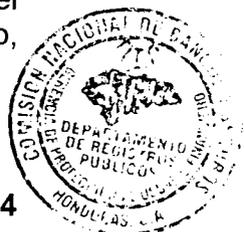


3. **Beneficiario:** Es la persona o las personas designadas en la solicitud del seguro por el Asegurado, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece, que para los efectos de este seguro es el propio Asegurado. La designación debe ser expresa y de libre nombramiento, aunque siempre debe existir un interés asegurable.
4. **Cáncer:** Se considera como cáncer, al diagnóstico de la presencia 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 realizado por un patólogo calificado.
5. **Contratante:** Es la Sociedad Mercantil, tales como establecimientos bancarios, instituciones financieras y cualquier otra organización que preste servicios financieros supervisados por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, y es quien suscribe con SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A., la presente póliza, corredores y cuerpo de ventas de La Aseguradora.
6. **Colector Autorizado:** Ente autorizado por la Aseguradora para coleccionar primas de seguro correspondiente al seguro contratado.
7. **Endoso:** Documento que modifica y/o adiciona las condiciones del Contrato y forma parte de éste.
8. **Enfermedad:** Toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.
9. **Enfermedades Preexistentes:** Enfermedades que con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado afectado, 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.
- b) Cuando la institución 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.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 30/18-09-2019.



- c) 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.
- 10. Exclusiones:** Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la Póliza, y que se encuentre expresamente indicada en el contrato, en la documentación contractual o en la Ley.
- 11. 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, ni vivir en el mismo domicilio del Asegurado.
- 12. 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.
- 13. Período al Descubierta:** 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.
- 14. Período 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 cáncer.
- 15. Perito Médico:** Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y que se encuentre certificado por el consejo médico correspondiente. Este médico será ajeno a las partes en controversia.
- 16. Prima:** Es la contraprestación monetaria prevista en el Contrato de Seguros a Cargo del Contratante y a favor de la Aseguradora.
- 17. Reclamación:** Es el trámite que realiza el Asegurado ante la Aseguradora, para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia de diagnóstico de

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 30/18-09-2019.



cáncer. La Aseguradora define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.

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

19. Siniestro: Es la actualización del riesgo que genera el diagnóstico de cáncer cubierto bajo este Contrato presentados por el Asegurado a la Aseguradora para la indemnización del mismo en caso de estar cubierto por esta Póliza.

20. Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad que pagará La Aseguradora al Asegurado por habersele diagnosticado cáncer, siempre y cuando ocurra durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA No. 5: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

La suma asegurada pagadera en caso de primer diagnóstico de cáncer, será igual a la contratada y pagadera al Asegurado.

En caso que el Asegurado haya presentado dicho reclamo y esta haya sido aceptado y este amparado por la Póliza, y a la fecha del fallecimiento estuviera pendiente de indemnizar al Asegurado, la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares será pagadera a los beneficiarios indicados.

Cualquier documento que pueda tener referencia al seguro brindado por esta Póliza, deberá ponerse a la disposición de la Aseguradora para fines de inspección en el momento que éste lo solicitare. La ocultación de dichos documentos o la renuencia de presentarlos, será motivo suficiente para que la Aseguradora pueda declinar cualquier reclamo basado en esta Póliza.

CLÁUSULA No.6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

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

La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Asegurado o Contratante 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.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 30/18-09-2019.



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 seguro concierne a varias cosas o personas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 1137 del Código de Comercio.

Si el Asegurado o 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 o Contratante dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por La Compañía o antes que ésta 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 No. 7: PAGO DE PRIMA

El Contratante es el obligado directo, frente a la Aseguradora, a pagar el importe de las primas anticipadas correspondientes de todos los Asegurados cuyos certificados se encuentren en vigor; sin embargo, esta puede ser pagada por semestres, trimestres o de forma mensual, siempre anticipadamente de acuerdo con la tarifa en uso de por la Aseguradora a la fecha de emisión de la Póliza, y será el único responsable de las consecuencias por falta de pago.

El pago de la prima se acreditará en un recibo oficial de la Aseguradora firmado por los funcionarios de la misma y refrendado por el colector autorizado, manteniéndose en vigencia el seguro sólo durante el plazo que media entre tal pago y la fecha en que deba pagarse la siguiente prima. Las primas deben pagarse el día de su vencimiento o antes, en las oficinas de la Aseguradora, ó en cualquier otro lugar de la República, que la Aseguradora podrá designar para que reciban el pago de las primas a cambio de un recibo oficial de la Aseguradora debidamente firmado y refrendado.

En caso de siniestro, la obligación del pago de primas le corresponderá al Contratante o serán deducidas de la indemnización.

CLÁUSULA No. 8: VIGENCIA

El presente Contrato, iniciará su vigencia desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares y continuará en vigor mientras se cumplan las condiciones establecidas en la póliza, con renovación anual.

CLÁUSULA No. 9: BENEFICIARIOS

El Asegurado en cualquier tiempo durante la vigencia de la póliza puede cambiar sus Beneficiarios sin necesidad de consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a la Aseguradora y ésta lo haga constar en la póliza o mediante el endoso correspondiente; sin embargo, el derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de este derecho y además, lo comunique al beneficiario y a la Aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

El cambio de Beneficiarios deberá ser registrado en la oficina principal de La Aseguradora. Una vez registrado surtirá efecto desde la fecha de notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para La Aseguradora por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

Si existen varios Beneficiarios designados y alguno muere antes que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá entre los Beneficiarios sobrevivientes en la siguiente forma: a) por partes iguales si no hubiera señalado cuota, b) en proporción a sus respectivas cuotas en caso de haberlas. Todo ello sin perjuicio de pacto en contrario.

Si ningún Beneficiario sobrevive al momento que fallezca el Asegurado, si éste fallece sin haber designado Beneficiarios, la suma asegurada se pagará a sus herederos.

CLÁUSULA No. 10: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

1. El Contratante pagará a la Aseguradora en la fecha pactada, las primas que resulten de aplicar las tarifas detalladas en las Condiciones Particulares de la póliza por la Suma Asegurada contratada por el Asegurado.
2. El Contratante se obliga a enviar durante los primeros diez (10) días del mes siguiente el listado el detalle de Asegurados incluyendo en el mismo la información general de Asegurados para el registro correspondiente en la base de datos de la Aseguradora, como ser nombre completo del Asegurado, número de tarjeta de identidad, nacionalidad, fecha de nacimiento, dirección o domicilio, actividad económica, lugar de trabajo, correo electrónico, número de teléfono fijo y móvil.
3. Las personas que posteriormente a la celebración de este contrato sean sujetos elegibles para la cobertura descrita, quedaran asegurados bajo este contrato y por la suma asegurada que corresponda para tales efectos.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro
POL GPU No. 30/18-09-2019.



4. El Contratante, se obliga a enviar las solicitudes correspondientes a los nuevos ingresos a la póliza y a realizar la entrega del certificado correspondiente al Asegurado.
5. El Contratante informará los retiros o cancelaciones que se le requieran por parte de los asegurados en sus oficinas a la Aseguradora, quien procederá a la cancelación y devolución de primas a pro rata temporis en caso de que aplique.
6. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza; y,
7. La terminación de su calidad como Contratante.
8. Dar a conocer a las personas que se van asegurar las obligaciones de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
9. Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado.
10. Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al Asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por la Aseguradora.

CLÁUSULA No. 11: PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

- 1) Presentar información falsa de los asegurados a la Aseguradora.
- 2) Efectuar pagos adicionales al Asegurado sobre la prima fijada por la Aseguradora.
- 3) No pagar en su debido momento a La Aseguradora, la cantidad de la prima con la que contribuyen los Asegurados.
- 4) Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Institución de Seguros y que pertenecen al Asegurado o a sus beneficiarios.

CLÁUSULA No. 12: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca, a efecto de que ésta fije la sobre prima que pueda resultar en caso de aceptación del riesgo agravado. 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, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado.

CLÁUSULA No. 13: AVISO DEL SINIESTRO

En caso de darse el Cáncer a primer diagnóstico del Asegurado, el Asegurado, debe dar aviso por escrito a la Aseguradora inmediatamente de haberse producido el siniestro, para lo cual gozará de un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para dicho aviso (Art.No.1146 Código de Comercio).



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, el asegurador quedará liberado de sus obligaciones como tal.

El Asegurado deberá comprobar el reclamo, utilizando los formularios que para tal objeto les pueda proporcionar la Aseguradora y de acuerdo con las instrucciones en ellos contenidas. Así mismo, éste estará obligado a presentar a La Aseguradora, cualquier otro documento que se les requiera con el objeto de comprobar el reclamo.

El Asegurado en su caso, proporcionarán los siguientes documentos:

- a) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- b) Certificación del diagnóstico por médico especialista en oncología.
- c) Presentar las copias de los exámenes histopatológicos, laboratorio y radiografías que confirman el diagnóstico.
- d) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de identidad del Asegurado.
- e) Copia del certificado solicitud del Asegurado y beneficiario
- f) Cualquier otro documento que requiera la Aseguradora para determinar el cáncer a primer diagnóstico.

En caso de fallecimiento y habiéndose cumplido lo estipulado en la Cláusula No. 5 Limites de Responsabilidad, los beneficiarios de la póliza deberán presentar:

- g) Certificado de Defunción.
- h) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de Identidad de los beneficiarios.
- i) Certificado de la Autoridad que estuvo presente, en caso de que la muerte fuera accidental, Homicidio o Suicidio.
- j) Cualquier otro documento que requiera la Aseguradora para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

En los casos que por razones ajenas o no imputables al Asegurado ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificaciones por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los documentos requeridos en el plazo otorgado en esta Cláusula, o si se demuestra ante la Aseguradora la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

La indemnización se realizará conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA No. 14: TERMINACIÓN ANTICIPADA

- a) La cobertura de la Póliza terminará anticipadamente respecto a un Asegurado, en el instante que deje de pertenecer, formar parte o tener el vínculo con la Aseguradora.
- b) Al cumplimiento de la terminación de la vigencia del contrato, sin que haya sido renovado de conformidad con lo estipulado en la Cláusula No.15 Renovación.
- c) Por el pago de indemnización de la suma asegurada por el primer diagnóstico de cáncer o fallecimiento del Asegurado.
- d) Cuando el Asegurado solicite por escrito la cancelación de la Póliza de Seguro por Cáncer.

CLÁUSULA No. 15: RENOVACIÓN

Esta póliza es de vigencia anual y la prima vencerá el día que se indica en las Condiciones Particulares a las 12:00 horas del mediodía, se renovará automáticamente por otro período igual y bajo las mismas condiciones o aquellas que establezca la Aseguradora, salvo que el Asegurado solicite por escrito la cancelación de la póliza. Así mismo la Aseguradora se reserva el derecho de renovar ésta póliza al final de cada vencimiento, sin quedar obligada a manifestar el motivo de su resolución.

CLÁUSULA No. 16: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha de 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 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.

CLAUSULA No. 17: CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Aseguradora y Asegurado sobre la Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 30/18-09-2019.

interpretación, ejecución, cumplimiento, o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de conciliación y arbitraje o por la vía judicial, conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

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 No. 18: COMUNICACIONES

Las notificaciones que se hagan al Asegurado surtirán efecto siempre que se hagan en el último domicilio que el propio Asegurado haya hecho saber a la Aseguradora. Las declaraciones o notificaciones relacionadas con el presente contrato deberán hacerse a la Aseguradora, por escrito o en texto impreso, precisamente en su dirección o en la de sus sucursales la cual se señala en este contrato.

En el caso de que el contrato haya sido celebrado a través de un agente autorizado por la Aseguradora, regirá lo establecido por el artículo 1113 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 19: TERRITORIALIDAD

Esta póliza no tiene limitación de cobertura territorial al momento de la ocurrencia del siniestro, sin embargo, cubre a los Asegurados que residen habitualmente en Honduras.

CLÁUSULA No. 20: SUICIDIO

La Aseguradora pagará la suma asegurada, aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquier que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, después de transcurridos dos (2) años consecutivos de cobertura.

CLÁUSULA No. 21: EDAD

Límites de aceptación: La edad mínima es de 18 años y la máxima de aceptación es de 69 años, con Cancelación a los 75 años siempre que cumpla con los requisitos de asegurabilidad y tenga cobertura continua e ininterrumpida con la Aseguradora.

La edad de cada Asegurado, deberá comprobarse fehacientemente cuando así lo juzgue necesario la Aseguradora, antes o después del fallecimiento del Asegurado. Una vez que dicha comprobación hubiere sido efectuada, la

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro
POL GPU No. 30/18-09-2019.



Aseguradora hará la anotación correspondiente en sus registros y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro.

En caso de que el Asegurado alcanzase la edad máxima de extensión en la cobertura, el seguro se cancela automáticamente.

En caso de que la edad real de una persona, en la fecha de su ingreso, no estuviere comprendida entre los límites de edades de admisión, sería nulo el seguro correspondiente a dicha persona, limitándose la obligación de la Aseguradora a devolver las primas pagadas correspondientes a esa persona.

La Aseguradora deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar indemnización, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

CLÁUSULA No. 22: PERÍODO DE GRACIA

La Aseguradora establece el plazo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima, dentro del cual se extiende la cobertura aún y cuando se encuentre pendiente el pago de prima correspondiente, la cual se deducirá del Beneficio a entregar en caso de que ocurriera el siniestro.

Si al concluir el período de gracia, la prima no ha sido pagada, la presente Póliza y en consecuencia sus certificados individuales expirarán.

CLÁUSULA No. 23: REHABILITACIÓN

Si la Póliza caduca por falta de pago de primas, puede ser rehabilitada en cualquier época durante el período de cobertura, respetando la vigencia originalmente pactada, siempre que reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Aseguradora, que el Asegurado lo solicite por escrito y que se obligue a cumplir el plan de pagos que se fije para el efecto.

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Aseguradora, comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

CLÁUSULA No. 24: INDISPUTABILIDAD

En los Seguros de Vida es lícita la Cláusula de Indisputabilidad, por la que la Aseguradora renuncia a impugnar la Póliza, desde su emisión, a no ser por motivos derivados de falsas declaraciones que modifiquen esencialmente el riesgo.

CLÁUSULA No. 25: PERÍODO DE ESPERA

A partir de la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación de póliza, según sea el caso, se cubrirán el diagnóstico de cáncer después de ciento ochenta (180) días y para cáncer de pulmón el periodo de espera es de doce (12) meses.

Dentro de este periodo de espera no tienen efecto los beneficios de la cobertura y por tanto el Asegurado no tiene derecho a indemnización.

CLÁUSULA No. 26: ENFERMEDAD PREEXISTENTE.

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.

Quando la institución 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.

CLÁUSULA No. 27: COOPERACIÓN DEL ASEGURADO.

El Asegurado deberá cooperar diligentemente y se esforzará para que se tomen todas las medidas que fuese posible adoptar para que se reduzcan al máximo las consecuencias que motivaron la atención médica o intervención quirúrgica. Asimismo, se obliga a certificar la exactitud de las reclamaciones y autoriza en forma plena y suficiente a los médicos, autoridades e instituciones a proporcionar a La Aseguradora cualquier información acerca de su estado físico y demás circunstancias que originaron reclamaciones anteriormente.

CLÁUSULA No. 28: ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en
Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro
POL GPU No. 30/18-09-2019.



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 Indevido 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 No. 29: 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.