

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ENFERMEDADES GRAVES “SALUD PLUS” 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 siguientes a la fecha en que la hubiera recibido, si no concordara con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

CLÁUSULA No.1. COBERTURA

Este seguro denominado Seguro de Salud Plus ampara al Asegurado por:

- a) Muerte
- b) Incapacidad Permanente o Absoluta
- c) Reembolso de los Gastos Médicos.
- d) Indemnización en caso de Enfermedades Graves

Habiéndose producido un accidente cubierto por esta Póliza y siempre que las consecuencias de las lesiones sufridas por el Asegurado se manifiesten a más tardar dentro de noventa (90) días, contados desde la fecha del accidente, la Compañía pagará:

- A) **EN CASO DE MUERTE:** La suma indicada en las condiciones particulares de esta póliza a la persona o personas designadas como beneficiarios del Asegurado o faltando éstas, a los herederos legales del Asegurado. De la suma a pagar se deducirá cualquier importe que se hubiera abonado eventualmente en relación con el mismo accidente, a título de indemnización por incapacidad permanente o absoluta.
- B) **EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE O ABSOLUTA:** Una vez comprobado su grado de incapacidad en forma definitiva, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada estipulada en las condiciones particulares de esta póliza, conforme a la siguiente:

TABLA DE INCAPACIDADES

INCAPACIDAD TOTAL

Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100%
Traumatismo cráneo-encefálico que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación.	100%

INCAPACIDAD PARCIAL

I. Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

II. Miembros Superiores

Pérdida total de un brazo	65%
Pérdida total de una mano	60%
Fractura no consolidada de una mano (Seudoartrosis total)	45%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%
Pérdida total del pulgar	18%
Pérdida total del índice	14%
Pérdida total del dedo medio	9%
Pérdida total del anular o del meñique	8%
<u>III. Miembros Inferiores</u>	
Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms.	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms.	8%
Pérdida total del dedo pulgar de un pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie	4%

Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada solo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratare de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para incapacidad permanente.

Cuando la incapacidad así establecida llegare al 80% se considerará incapacidad total y se abonará, por consiguiente, el 100% de la suma asegurada.

La indemnización por lesiones no comprendidas en la enumeración que precede y que constituyeran una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del Asegurado.

C) REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN: Una vez aplicado el deducible, si lo hubiere, la Compañía reembolsará al Asegurado los gastos en que realmente haya incurrido el Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por la Póliza, hasta la suma establecida en las condiciones particulares de la misma.

Queda convenido que esta suma no se aplicará por cada accidente separado, y que las indemnizaciones que se pagaren, se irán acumulando, hasta llegar a la suma total asegurada bajo este riesgo, en cuyo caso podrá restablecerse mediante el pago de la prima correspondiente, calculada a prorrata, por el período que faltare para el vencimiento de la Póliza.

Si el asegurado sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones previstas en el inciso de esta cláusula se liquidarán en forma completamente independiente para cada accidente, pero tratándose del inciso cada indemnización abonada significará una disminución de la suma asegurada para cada eventualidad, de modo que las indemnizaciones, en conjunto, no podrán exceder del 100% de la suma asegurada para el caso de incapacidad permanente.

D) INDEMNIZACIÓN EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES:

La Compañía abonará al Asegurado un porcentaje del capital asegurado por muerte accidental que se estipulará en el Certificado Individual (máximo 50%), cuando el Asegurado padezca exclusivamente alguna de las enfermedades descritas a continuación:

- ✓ **Cáncer:** Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido normal, incluyendo leucemia (excepto leucemia linfocítica crónica), linfomas y la enfermedad de Hodgkin, pero se excluyen cánceres no invasivos in situ, displasias o lesiones pre-malignas, tumores en presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana y cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma maligno.
- ✓ **Infarto del miocardio:** Muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo del miocardio a consecuencia de hipoxia aguda. A efectos de esta cláusula debe existir:
 1. Dolor torácico típico de isquemia aguda;
 2. Nuevas Alteraciones en el Electrocardiograma confirmatorias del Infarto;

3. Detección de troponinas cardíacas elevadas; y
4. Estudio radioisotópico del músculo cardíaco o ecocardiograma que confirme la nueva lesión miocárdica.

El infarto debe ser tratado en un establecimiento asistencial según las características que se estipulan expresamente en la Póliza.

- ✓ **Apoplejía:** Enfermedad Cerebrovascular que incluye el infarto agudo del tejido cerebral, las hemorragias cerebral y subaracnoidea, el embolismo y la trombosis cerebral y que causa los síntomas neurológicos correspondientes, por más de 48 horas. El diagnóstico debe estar confirmado por:
 1. Evidencia de daño o disfunción neurológica permanente.
 2. Nuevos cambios en la TAC (tomografía axial computarizada) y/o en la RM (resonancia magnética) consistentes con el diagnóstico de nuevo accidente cerebrovascular.
 3. Destrucción del tejido causado por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extra-craneal comprobable.

Estas pruebas deberán ser efectuadas por un médico especialista en neurología y el déficit neurológico debe ser confirmado después de transcurridas seis semanas como mínimo desde el accidente cerebrovascular.

La Compañía no abonará el beneficio que acuerda esta cláusula hasta no conocer el resultado de dichas pruebas. Se excluyen los accidentes vasculares isquémicos transitorios y los lentamente reversibles, el infarto del tejido cerebral o hemorragia intracraneal como resultado de traumatismo externo, infecciones o vasculitis.

La apoplejía debe ser tratada en un establecimiento asistencial según las características que se estipulan expresamente en la Póliza.

- ✓ **Operación de “By-Pass”:** Coronario. Cirugía a corazón abierto que se lleva a cabo para corregir o tratar estenosis o bloqueos en una o más arterias coronarias mediante injertos arteriales y/o venosos. Debe ser indicada por un médico especialista y justificada por el resultado de una angiografía coronaria previa. Se excluye la angioplastia, tratamientos por láser y toda una técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca, alteración congénita u otra intervención que no sea específicamente un “By-Pass” aorto coronario.
- ✓ **Insuficiencia Renal:** Fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones que haga necesario efectuar por lo menos una vez por semana diálisis peritoneal o hemodiálisis o un trasplante de riñón. La necesidad de diálisis regular deberá ser certificada por un informe nefrológico.

El beneficio será abonado por la Compañía al Asegurado comprobado el efectivo tratamiento de diálisis. Se excluye fallo renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.

- ✓ **Parálisis:** Pérdida completa y permanente del uso y movimiento de por lo menos dos o más miembros o extremidades (brazos y/o piernas), debido a lesión o a enfermedad de la médula espinal o del cerebro, cuando esta pérdida funcional sea considerada permanente por un neurólogo.

Un médico especializado deberá realizar el diagnóstico y determinar que la pérdida del uso y movimiento de los miembros es permanente. Para obtener por esta enfermedad el beneficio que acuerda la presente cláusula, la parálisis deberá ser continua y permanente por lo menos por doce (12) meses consecutivos desde

el inicio de la parálisis. Se requiere evidencia documentada del accidente o enfermedad que causó la parálisis.

- ✓ **Esclerosis múltiple:** Enfermedad caracterizada por signos y síntomas de disfunción neurológica que resulta de una desmielinización (daño de la capa mielina de las fibras nerviosas) en el cerebro y en la médula espinal. La enfermedad se caracteriza por episodios de exacerbación y remisión. El diagnóstico debe ser realizado por un neurólogo y confirmado con lo siguiente:
 1. Estudios que evidencien de manera inequívoca el diagnóstico de esclerosis múltiple.
 2. Síntomas y signos clínicos de disfunción neurológica consistentes en el curso de la enfermedad, durante por lo menos 6 meses.
 3. Signos neurológicos documentados de lesiones en más de un sitio del cerebro o de la materia blanca de la médula espinal.

En ningún caso la Compañía pagará un beneficio si el primer episodio ocurrió con anterioridad a la fecha de vigencia de esta cláusula.

El beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades diagnosticadas por primera vez después de la fecha de comienzo de la póliza o de vigencia inicial del certificado individual. Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de inicio del presente beneficio.

A partir del momento en que el Asegurado haya percibido el beneficio que concede esta cláusula, la cobertura que otorga la misma cesará, no teniendo la vigencia en las futuras renovaciones, si hubiere.

Los viajes marítimos, terrestres o por vía aérea, los cubre la presente póliza; los riesgos de viajes marítimos y terrestres en cualquier forma.

Comprende también los riesgos de viajes aéreos siempre que el Asegurado los efectúe en calidad de pasajero, provisto de su boleto de pasaje, en aviones de líneas de aeronavegación debidamente autorizadas para el transporte de pasajeros y siempre que se trate de vuelos incluidos en itinerarios regulares. Sin embargo, La Compañía no se hace responsable de las consecuencias de la presión atmosférica durante el despegue, el vuelo o el aterrizaje.

CLÁUSULA No. 2: EXCLUSIONES

La garantía que resulta del presente seguro en ningún caso cubrirá:

- a) Las infecciones producidas por picaduras o mordeduras de insectos.
- b) Los accidentes producidos intencionalmente o provocados por el Asegurado o los beneficiarios de la póliza, así como el suicidio o tentativa de suicidio.
- c) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, actos de guerra (sea ésta declarada o no) o de conmoción civil, así como aquellos provenientes de la participación en riñas, peleas o duelos.
- d) Los accidentes ocasionados por ataques cardíacos o epilépticos, síncope, desvanecimientos, así como los que sobrevengan en estado de perturbación mental, de ebriedad siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o

mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, (a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica) .

- e) Las lesiones producidas por la acción de los rayos X, el radium y sus componentes.
- f) Los accidentes provocados por infracción grave de las leyes; ordenanzas municipales y decretos relativos a la seguridad de las personas, así como por actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, no atribuible al asegurado, ejemplo: ascensión de glaciares y de ventisqueros, caza de fieras, viajes a regiones inexploradas etc.
- g) Los accidentes producidos por insolación, congelación, envenenamiento, así como las hernias a menos que sean producto de un riesgo amparado por esta póliza y encarcelamiento o estrangulamiento intestinales y los accidentes que pueda sufrir el Asegurado como consecuencia de intervenciones quirúrgicas a que sea sometido, siempre que éstas no obedezcan a la curación de un accidente cubierto por la Póliza.

No son materia de la cobertura de Muerte, Incapacidad Permanente o Absoluta y Reembolso de los Gastos Médicos por Accidente las enfermedades, cualquiera que sea su naturaleza.

RIESGOS EXCLUIDOS DEL SEGURO, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO.

Salvo pacto expreso en contrario y pago de la prima adicional correspondiente, en su caso, quedan excluidos de la cobertura de Muerte, Incapacidad Permanente o Absoluta y Reembolso de los Gastos Médicos por Accidente los siguientes riesgos:

- a) Los accidentes que sobrevengan en la práctica de polo, pesca en alta mar, rodeo, rugby y boxeo;
- b) Los accidentes que sobrevengan mientras el Asegurado se encuentre a bordo de aviones privados en calidad de piloto o copiloto;
- c) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre a bordo de aviones privados en calidad de pasajero; y
- d) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre manejando motoneta, motocicleta o patineta.

Para la cobertura de Enfermedades Graves, la Compañía no pagará la indemnización cuando la enfermedad del Asegurado sea consecuencia de alguna de las causas abajo señaladas:

- a) El cáncer ocasionado por cualquier tumor de la piel (excepto melanomas malignos), cáncer in situ no invasivo y tumores debidos a la infección por virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH);
- b) Cualquier enfermedad que no esté específicamente definida en esta cláusula;
- c) Suicidio del Asegurado, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años como mínimo;
- d) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Asegurado del presente seguro, o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;

- e) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa, empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- f) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga, tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- g) Abuso del Alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- h) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- i) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- j) Por la participación en viajes o prácticas deportivas sub marinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.
- k) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- l) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- m) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.
- n) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligna (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse el Asegurado tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).
A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida” tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud, y quedará definido así por la presencia de alguna de las infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el (VIH).
- o) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.
- p) Enfermedades preexistentes: durante los primeros dos años de cobertura el Asegurado no queda cubierto por ninguna causa por enfermedades preexistentes. Se entienden por enfermedades preexistentes aquellas contraídas con anterioridad a la contratación del Seguro.

Dicha exclusión desaparece en forma automática, si luego del comienzo de vigencia de la póliza, transcurren doce meses sin que le Asegurado reciba alguna atención médica.

Durante los primeros dos años contados desde el comienzo de la cobertura, si el Asegurado hace un cambio o aumento en la cobertura este cambio o aumento no estará en vigencia, para casos preexistentes. Esta condición no tendrá aplicación en caso que transcurran doce meses sin que el Asegurado no reciba algún tipo de atención médica.

Para todas las coberturas se excluye la muerte que resulte a consecuencia de actos de terrorismo perpetrados o cometidos por una o más personas que sean o no miembros de una organización, o que tengan alguna conexión o se motiven por hostilidades, acciones u operaciones de guerra, invasión o actos de enemigo extranjero haya o no declaración o estado de guerra; O en guerra intestina, revolución, rebelión, insurrección, conspiración u otros hechos o delitos contra la

seguridad interior o exterior del país aunque no sean a mano armada en poder militar o usurpación de poder; o en la administración o gobierno de cualquier territorio o zona del país en estado de sitio o bajo el control de autoridades militares o en confiscación que requiera por cualquier poder civil o militar.

PERSONAS NO ASEGURABLES.

Serán nulas y sin ningún valor, las Pólizas extendidas a nombre de personas que al tiempo de la celebración del contrato fuesen ciegas, sordas, lisiadas, epilépticas, alienadas o que, por razón de padecer de una enfermedad orgánica o de defecto físico, hayan quedado incapacitadas en un 60% o más. Si durante la vigencia de esta Póliza se produjera una de estas situaciones, siempre y cuando estas afecciones no sean consecuencia de un riesgo cubierto por esta Póliza, quedará en suspenso ipso-facto los efectos del seguro, obligándose el Asegurado a comunicar el hecho de inmediato a la Compañía, para que ésta, dentro de un plazo de quince (15) días, resuelva sobre la continuación o rescisión del contrato para dicho Asegurado. Si la Compañía optase por la rescisión devolverá al Asegurado la parte de la prima que corresponde al período durante el cual ya no correrá el riesgo para ese Asegurado.

CLÁUSULA No. 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El contrato de seguro queda constituido por la solicitud de inscripción del asegurado y las declaraciones de éste, por las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente póliza, los certificados individuales, los endosos y anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA No. 4: DEFINICIONES

- 1) Accidente:** Se reputará accidente, a los efectos de este seguro, cuando el Asegurado sufra, involuntariamente, una lesión o herida producida por la acción de una fuerza exterior y violenta que actúe súbitamente sobre su cuerpo.
Por extensión se asimilan a la noción de accidente los siguientes conceptos:
 - a) La asfixia o intoxicación por la explosión o escape de vapores o gases y la asfixia por inmersión u obstrucción;
 - b) La intoxicación o envenenamiento no producida por microorganismos o alimentos;
 - c) El carbunco o tétanos de origen traumático;
 - d) Los accidentes producidos por el rayo;
 - e) Las mordeduras de perros, víboras y otros animales;
 - f) El asalto, homicidio, tentativa de homicidio, asesinato, tentativa de asesinato.
- 2) Asegurado:** Es la persona que ha sido aceptada por la Compañía para ser cubierta por la Póliza.
- 3) Comisión:** La Comisión Nacional de Bancos y Seguros creada mediante Decreto Legislativo No.155-95 del 10 de noviembre de 1995.
- 4) Certificado Individual:** Es el documento que se le entrega a cada Asegurado con el detalle de la suma asegurada por cada una de las oberturas y/o beneficios contratados en la póliza.
- 5) 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 contrato.
- 6) Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado

- 7) **Edad máxima de permanencia:** Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Después de esta edad la cobertura se considera terminada automáticamente para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima respecto a la cobertura de la Póliza
- 8) **Incapacidad Permanente o Absoluta:** Grado de invalidez total y permanente que inhabilita al trabajador para ejercer toda profesión u oficio.
- 9) **Inhabilitación o Incapacidad Temporal:** Se entiende por incapacidad temporal aquella que se derive del accidente por el cual el asegurado se ve impedido para atender completa o parcialmente su profesión u ocupación habitual durante un tiempo determinado y que no debe exceder de más de trescientos sesenta y cinco (365) días.
- 10) **Incapacidad Parcial y Desmembramiento:** Imposibilidad de un asegurado para realizar una o más de sus ocupaciones habituales. La renta percibida por el asegurado de parte de la entidad aseguradora es menor que el caso de Incapacidad Permanente o Absoluta. En cuyo caso la Compañía pagara de acuerdo a lo establecido en la tabla de incapacidad parcial que se describe en esta póliza y sus condiciones.
- 11) **Ley De Instituciones de Seguro y Reaseguro:** Regula la creación, Organización, Funcionamiento, Fusión, Convención, Escisión, Liquidación y Supervisión de las Instituciones que realicen actividades u operaciones de Seguros y Reaseguros.
- 12) **Póliza o contrato de seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que regulan la relación contractual del seguro y que están compuestos por las Condiciones Generales, Especiales si las hubiere y las Condiciones Particulares.
- 13) **Prima:** recio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra los riesgos contratados mediante el contrato.

CLÁUSULA No. 5: LIMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite de responsabilidad máximo son las cantidades que pagará la Compañía por las Sumas Aseguradas contratadas y descritas en el Certificado Individual.

CLÁUSULA No.6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas. Cualquier omisión, reticencia, disimulo, falsedad, ocultamiento e inexactitud en las manifestaciones hechas por algún Asegurado eximirán a la Compañía de toda obligación respecto a éste seguro en cualquier momento que tenga conocimiento de la inexactitud, ocultamiento y reticencia. La Compañía perderá el derecho de impugnar este 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 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 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.

CLÁUSULA No.7: PAGO DE PRIMA

Esta Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales; sin embargo, tanto la del primer (1) año como la de los años siguientes, pueden ser pagadas por meses, siempre anticipadamente y de acuerdo al rango de edad que tenga el asegurado, contra débitos automáticos a la cuenta del cliente Asegurado de BANCO FICENSA.

El pago de una prima mantiene en vigencia el seguro sólo durante el período comprendido entre tal pago y la fecha en que deba cubrirse la siguiente prima.

CLÁUSULA No.8: VIGENCIA

La póliza tendrá vigencia de un mes contado a partir de la fecha de cobertura; renovable automáticamente hasta por un (1) año.

- a) Inicio: la cobertura inicia a las 12 horas del día siguiente de expedición del certificado de Seguro el que se suscribirá por el término de un año.
- b) Renovación: La Compañía renovará el presente contrato automáticamente en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas. La compañía se reserva el derecho a modificar en cada renovación las condiciones y las primas de esta póliza de acuerdo al análisis técnico que la compañía realice.
- c) La Compañía puede terminar el presente Contrato en cualquiera de los hechos siguientes:
 1. Por decisión del Asegurado mediante solicitud escrita al Banco
 2. Por decisión de la Compañía mediante aviso que deberá hacerse al asegurado por escrito por lo menos con treinta (30) días de anticipación
 3. Al cumplir el asegurado los setenta años de edad
 4. Por falta del pago de primas
 5. Haber finalizado el asegurado su relación con el Banco
 6. Por fallecimiento del Asegurado
 7. Por haber terminado la relación entre BANCO FICENSA y la Compañía, aviso que deberá hacerse por escrito al asegurado por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

CLÁUSULA No.9: BENEFICIARIOS

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 10. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o el 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.

Cuando se produzca un accidente deberán comunicarlo a la Compañía por carta certificada, o cualquier otro medio escrito con acuse de recibo en el término más breve posible, a más tardar dentro de los cinco (5) días contados desde la fecha del mismo. Si el accidente ocurrió fuera del territorio de la República de Honduras, la Compañía concede para el aviso correspondiente, un plazo máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha del suceso.

Presentarán, además en el formulario que les proporcionará la Compañía, una declaración sobre la fecha, lugar y circunstancia en que ocurrió el accidente, y facilitarán todos los demás informes que les sean pedidos. Asimismo, deberán remitir un certificado médico, atestiguando causas, naturaleza y probables consecuencias de la lesión sufrida. Si el Asegurado ha muerto a causa de un accidente, los beneficiarios del seguro deberán hacer constar la causa de la muerte por la autoridad competente y deberán avisar el deceso a la Compañía por escrito, dentro de los cinco (5) días contados de la fecha que ocurrió el accidente. La Compañía se reserva el derecho de hacer practicar la autopsia, siempre que la Ley lo permita.

La falta de cumplimiento dentro de los plazos fijados, de las obligaciones señaladas en este artículo, permitirá a la compañía 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 accidente. La Compañía quedará liberada del pago de toda indemnización.

Ocurrido un accidente, el Asegurado deberá recurrir sin pérdida de tiempo a los servicios de un médico facultado para ejercer la medicina y deberá continuar bajo asistencia médica regular hasta la curación de la dolencia. Igualmente deberá adoptar todas las medidas para disminuir las consecuencias del accidente.

El médico de la Compañía, así como los agentes o inspectores de la misma podrán, en cualquier momento, examinar al Asegurado accidentado, con el fin de poder cerciorarse sobre el estado de su salud.

La Compañía podrá hacerse cargo de la asistencia médica del Asegurado, si lo juzga necesario, para disminuir las consecuencias del accidente.

El importe de la indemnización se liquidará según el informe del médico que asistió al Asegurado y del médico nombrado por la Compañía. Si hubiera divergencias entre los dos médicos indicados, ambas partes se atenderán al informe de un tercer médico quien deberá ser nombrado de común acuerdo por los dos primeros y cuyo dictamen tendrá el carácter de definitivo e inapelable. En caso de que dichos médicos no pudieran ponerse de acuerdo sobre la designación del tercero, éste será nombrado por el Colegio Médico de Honduras.

Los médicos actuarán como árbitros, debiendo las partes ajustarse a lo dispuesto en la Cláusula Vigésima Cuarta de la presente póliza.

CLÁUSULA No.11: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado, durante la vigencia de esta Póliza, cambiara de profesión o llegara a ejercer su profesión dentro de condiciones distintas de las que indicó en su solicitud; si estableciera su domicilio definitivo en el extranjero; si se volviera inválido de acuerdo con la cláusula novena de estas condiciones generales; es decir, si llegara a modificarse el riesgo en una u otra forma, tal hecho debe ser comunicado dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca a la Compañía mediante carta con acuse de recibo.

Si las modificaciones constituyeran una agravación esencial del riesgo, la Compañía tendrá la facultad de rescindir el contrato, sin embargo, la responsabilidad de la Compañía concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Asegurado; o podrá modificar la prima por el período que falta hasta el vencimiento del seguro, según la tarifa del riesgo vigente. Si el Asegurado no aceptara tal modificación 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. En cambio, si las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas personas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que la Compañía 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 Compañía las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

CLÁUSULA No.12: AVISO DEL SINIESTRO

Al recibir la notificación de muerte accidental de cualquiera de las personas amparadas por la póliza, para efectos de solicitar a la Compañía la indemnización de suma asegurada será requisito la presentación de los siguientes documentos originales:

EN CASO DE FALLECIMIENTO

- a) Fotocopia de la tarjeta de identidad del fallecido o partida de nacimiento original.
- b) Certificado de Defunción extendido por el Registro Nacional de la Personas.
- c) Certificado de la Autoridad que se hizo presente al momento del accidente.
- d) Fotocopia de la tarjeta de identidad de los beneficiarios, si los beneficiarios fuesen menores de edad, será necesario presentar partida de nacimiento de cada uno y fotocopia de la tarjeta de identidad del Representante Legal.
- e) Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

EN CASO DE INCAPACIDAD

- a) Fotocopia de la tarjeta de identidad o partida de nacimiento original del Asegurado.
- b) Certificación médica extendida por el IHSS donde indique la causa de la invalidez y el grado

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.1/07-01-2021.

de incapacidad.

- c) Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

EN CASO DE RECLAMOS DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

En caso de reclamos por gastos médicos derivados de un accidente el asegurado tendrá 90 días para presentar los documentos siguientes:

- a) Llenar totalmente el formulario de reclamación, en la parte que corresponde al informe del asegurado debiendo asegurarse de detallar el accidente sufrido, sus causas y consecuencias.
- b) Llenar totalmente la parte que corresponde al informe del médico, debiendo asegurarse que el mismo anote todos los datos de suma importancia, referente al accidente sufrido sin olvidar que debe colocar la fecha, firma y sello.
- c) Presentar los comprobantes de pago originales, que respalden el gasto efectuado como ser: recibos de honorarios médicos, recetas médicas, facturas de farmacia, orden de examen médico, recibos de laboratorio, rayos x etc. Estos deben reunir invariablemente los requisitos fiscales que para tal efecto exige la ley como son: número de factura, número de recibo, RTN, el membrete correspondiente.

CLÁUSULA No. 13: PRUEBA DEL FALLECIMIENTO

La comprobación del fallecimiento del Asegurado se hará presentando a la Compañía, la información correspondiente en los formularios que ésta proporcione para tal fin de conformidad con las instrucciones contenidas en ellos.

CLÁUSULA No. 14: TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Compañía puede terminar el presente contrato, en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al Asegurado por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicara a lo previsto en los artículos 1133, 1134 y 1165 de Código de Comercio. Y si por otras circunstancias ajenas a su voluntad el Asegurado decide rescindir el contrato, la Compañía devolverá la prima no devengada.

CLÁUSULA No.15: RENOVACIÓN

El Seguro amparado por esta póliza terminará automáticamente al medio día de la fecha de su vencimiento estipulada en la misma. Este contrato podrá renovarse por períodos consecutivos, mediante el pago de la prima de renovación conforme a la tarifa vigente de la Compañía al tiempo de la renovación, para lo cual será necesaria la expresa voluntad de las partes de renovarla. La renovación deberá estar suscrita por el asegurado, para que se considere valida y surta todos sus efectos. La Compañía no está obligada a dar aviso al Asegurado del vencimiento de esta Póliza y se reserva el derecho de no renovar la misma

CLÁUSULA No.16: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de éste 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 No.17: CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA No.18 COMUNICACIONES

Toda solicitud o comunicación a la Compañía, relacionada con la póliza deberá hacerse directamente y por escrito a su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, o en su Sucursales o Agencias autorizadas del Banco.

Las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer al asegurado se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando las haga a través del Asegurado que serán enviadas por escrito al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

CLÁUSULA No.19: TERRITORIALIDAD

La presente póliza cubre al Asegurado en cualquier país del mundo.

CLÁUSULA No.20: EDAD

Esta Póliza solo se extiende a personas de quince (15) a sesenta y cinco (65) años, pero podrá renovarse a su vencimiento con el consentimiento de la Compañía, siempre que el Asegurado no haya alcanzado la edad de setenta (70) años. aun cuando reúna las demás condiciones necesarias para formar parte del grupo. Si se hubiere incluido en el grupo Asegurado individuos mayores de setenta (70) años de edad, por dolo del asegurado, la Compañía no asume

ninguna responsabilidad por acaecimiento del riesgo y el Asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas que por dichos Asegurados hubiese pagado.

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

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

CLÁUSULA No.21: PERÍODO DE GRACIA

No obstante, de no existir los fondos necesarios en la cuenta, se considerará un periodo de gracia de treinta (30) días para el pago de las primas, caso contrario cesarán los efectos del seguro.

CLÁUSULA No.22: INDISPUTABILIDAD

Este Contrato se basa en las solicitudes Asegurado y, por consiguiente, cualquier declaración inexacta u oculta que conocida por la Compañía la hubiere retraído a emitir la Póliza o algún certificado o llevado a modificar sus condiciones, serán causas de anulación de este Contrato cuando el Asegurado hubieren obrado con dolo o culpa grave; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare al Asegurado su deseo de impugnar el Contrato dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento. Si el Asegurado hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán cause de nulidad, mediante manifestación que éstos harán a la Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Después de que la Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor durante un (1) año, su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del Asegurado.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada certificado, después de que haya estado en vigor, por un período de un año contando desde la fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente registro del Asegurado.

CLÁUSULA No. 23: EXENCIÓN DE RESTRICCIONES

La presente Póliza está exenta de restricciones respecto a residencia, ocupación, viajes o género de vida de los asegurados.

CLÁUSULA No. 24: MONEDA

El presente seguro será emitido en la moneda vigente en el territorio nacional.

CLÁUSULA No.25: MODIFICACIONES

En los términos de la póliza quedan definidos los pactos entre la compañía y el asegurado, no reconociéndose por lo tanto validez a ninguna modificación que no esté consignada en ella, a menos que conste por escrito debidamente autorizado por la compañía.

Los agentes no están facultados para modificar las condiciones de la póliza.

CLÁUSULA No.26: REPOSICIÓN

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

CLÁUSULA No.27: REPOSICIÓN

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

CLÁUSULA No.28: 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.

CLÁUSULA No.29: NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente Contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio de la Ley de Instituciones de Seguro, y demás leyes pertinentes.