

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR 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 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

El seguro se comercializa bajo las siguientes modalidades:

- **Plan Esencial**
- **Plan Premium**
- **Plan Plus**

Los beneficios, coberturas, limitaciones y otras particularidades se describen en las condiciones especiales de cada opción antes descrita y que incluyen además los deducibles, coaseguros y demás condiciones propias del seguro.

La Compañía reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos elegibles relacionados con la enfermedad y/o lesiones accidentales incurridos por el asegurado titular y asegurados dependientes, siempre que sean necesarios para el restablecimiento de la salud y no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES

Las exclusiones de este seguro se especifican para cada opción escogida por el Asegurado en las condiciones especiales de cada cobertura seleccionada. Se hace la aclaración que las exclusiones detalladas aplican para todos los planes detallados, en cada anexo están incluidas las exclusiones.

Gastos no Cubiertos

Esta Póliza no cubre gastos resultantes de:

- 1. Padecimientos pre-existentes a la fecha en que se inicia la vigencia de esta póliza con respecto a cada Asegurado. Pre-existencia en una**

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

- enfermedad cuyos síntomas aparecieron antes que la cobertura del Asegurado cobrara vigencia y un accidente es Pre-existente si ocurrió antes que la cobertura del Asegurado cobrará vigencia. Los padecimientos congénitos también se consideran como pre-existentes.
- 2. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas. Los gastos incurridos por los conceptos a que se refiere el presente inciso estarían cubiertos si son a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y recomendados por el médico tratante.**
 - 3. Afecciones propias del embarazo, abortos, amenaza de aborto, partos prematuros o partos normales, legrados, cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio, excepto las consignadas a continuación.**
 - a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazo extrauterino, (ectópico).**
 - b) Los estados de fiebre puerperal.**
 - c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.**
 - 4. Cualquier tratamiento por alcoholismo o toxicomanía o adicción a las drogas, o de enfermedad mental o desórdenes nerviosos o vicios, incluyendo cualesquiera complicaciones resultantes de los mismos.**
 - 5. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto cuando sean consecuencia de un accidente, caso contrario que el Asegurado mantenga la Cobertura de Plan Dental.**
 - 6. Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad ocurrida durante la vigencia de esta póliza.**
 - 7. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos, así como sus pruebas de ajuste.**
 - 8. Curas de reposo o convalecencia, curas en custodia, períodos de cuarentena o aislamiento, honorarios por reconocimientos médicos o**

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

cheques generales que no sean relacionados, ni necesarios para el tratamiento de una enfermedad.

- 9. Gastos relacionados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.**
- 10. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, motín, huelgas, conmoción civil, terrorismo y energía nuclear.**
- 11. Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 12. Los gastos que sean a consecuencia de riña o actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado como actor. Homicidio intencional.**
- 13. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de cualquier automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad. Incluyendo motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor. Tampoco cubre esta póliza, las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo o buceo.**

Se excluyen también para cualquier enfermedad o daño accidental, como resultado de la participación en deportes profesionales o en cualquier deporte que pudiera poner en peligro la vida del participante, ya sea debido a la irresponsabilidad del participante, a la falta de conocimiento o experiencia y/u otras circunstancias.

- 14. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, mecánico miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio regular de pasajeros.**
- 15. Reembolsos de gastos médicos, hospitalarios o quirúrgicos prestados al Asegurado en virtud de cualquier ley de seguro social u otra prestación a que tenga derecho el Asegurado, directa o indirectamente,**

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

sin embargo el Asegurado voluntariamente puede desistir de cualquier programa.

16. Todos los gastos en que incurra el Asegurado debido a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier enfermedad transmitida sexualmente, salvo caso contrario lo pactado en la oferta aceptada.
17. Lesiones deportivas cuando éstas ocurran mientras el Asegurado realice estas actividades en calidad de profesional o semi-profesional.
18. En general todos los gastos que no sean necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado.
19. Exclusiones que figuren en las Condiciones Particulares endosos y anexos de esta Póliza.
20. Epidemias ni enfermedades o accidentes originados por catástrofes naturales.
21. Objetos para el confort personal, tales como aparato de radio, televisión o servicio de peluquería o belleza.
22. El alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipo para ejercicio o artefactos similares.
23. Prótesis, el uso de aparatos correctivos o instrumentos médicos que no sean médicamente necesarios.
24. Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con cualquier forma de complemento o incremento alimenticio, a menos que sea necesario para mantener la vida de una persona que padezca de una enfermedad crítica.
25. Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con el control de peso o tratamiento de obesidad, ya sea por dieta, inyección de cualquier líquido, o el uso de cualquier medicamento o cirugía de cualquier tipo.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

- 26. Cualquier servicio o suministro no proporcionado de conformidad con las normas de prácticas médicas profesionales aceptadas.**
- 27. Cualquier servicio o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso del medicamento dispositivo o suministro para ser experimental orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, un suministro o servicio deberá cumplir con uno o más de los siguientes criterios:**
- a) Estudios controlados publicados en literatura médica revisada, que no demuestren que tal servicio o suministro tiene un efecto neto beneficioso en el resultado de la salud para un diagnóstico específico.**
 - b) Tal servicio o suministro no está de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica de los Estados Unidos de América u Honduras.**
 - c) En el momento que tal servicio o suministro es recibido por un participante, no ha sido aprobado por la indicación particular o aplicación en disputa la administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos de América o cualquier agencia gubernamental federal o estatal cuya aprobación es requerida en los Estados Unidos de América o por el Ministerio de Salud Pública en Honduras.**
- 28. Cualesquiera observaciones médicas, exámenes o estudio de diagnóstico que sean parte de un examen físico de rutina o control de salud, incluyendo pero no limitado a:**
- a) Las vacunaciones.**
 - b) La emisión de certificados y declaraciones médicas.**
 - c) Los exámenes de rutina de ojos y oídos.**
 - d) La Citología.**
- 29. Los servicios de optometría o refacciones oculares excepto cuando el Asegurado mantenga la Cobertura de Oftalmología.**

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

- 30. Cualquier saldo de cargos u honorarios superiores a los usuales y acostumbrados o razonables para el servicio o suministro particular en la zona donde se incurrieron los cargos u honorarios.**
- 31. Cualquier tratamiento o intervenciones quirúrgicas para la infertilidad, inseminación artificial, fertilización in-vitro o impotencia.**
- 32. Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con la inversión de esterilización masculina o femenina.**
- 33. Cualquier tratamiento para transformación sexual, disfunciones o insuficiencias sexuales.**
- 34. Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con el control de la natalidad.**
- 35. Las drogas no recetadas.**
- 36. El cuidado quiropráctico.**
- 37. Cualquier servicio o suministro proporcionado para terapia recreacional o Educacional.**
- 38. Cualquier tratamiento de la enfermedad de chagas, o cualquier complicación resultante de la misma.**
- 39. Cirugía plástica o cosmética, excepto por una enfermedad o daño accidental ocurrido después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de un participante bajo el presente contrato, o por un tratamiento de un defecto congénito después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de un participante bajo el presente contrato.**
- 40. Cualquier tratamiento o cualquier complicación resultante, durante o después del tratamiento de cualquier enfermedad o daño que esté excluido bajo el presente contrato.**

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

- 41. Cualquier gasto médico incurrido después de la fecha de expiración del contrato, relacionada con daños accidentales o enfermedades conocidas o diagnosticadas durante la vigencia del contrato.**
- 42. El cuidado de los pies, incluyendo, pero sin estar limitado al tratamiento de callos, callosidades, pie plano, arcos débiles, deformaciones congénitas de los pies, o dolores sintomáticos de los pies y cualquier tipo de piezas para insertar en los zapatos.**
- 43. Servicio o suministros médicos o dentales para el tratamiento de problemas de mandíbula incluyendo, pero sin limitarse a ello, el síndrome de la coyuntura temporomandibular (TMJ), desórdenes cráneo mandibulares, u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros objetos relacionados con dicha coyuntura.**
- 44. Cualquier gasto médico para el tratamiento de cualquier persona que no estuviere bajo el cuidado regular de un médico calificado.**
- 45. Cualquier servicio o suministro no prescrito por un médico calificado.**
- 46. Cualquier tratamiento para condiciones sujetas a un período de espera, anterior a la expiración de dicho período de espera.**
- 47. Cualquier tratamiento para condiciones que la Compañía haya establecido como permanentemente excluido de la cobertura del presente contrato incluyendo cualesquiera complicaciones que emanaran del mismo.**
- 48. Cualquier Gasto Médico presentado a la Compañía después de seis (6) meses de la fecha de presentación de los servicios, o de la provisión de los suministros.**
- 49. Cualquier Servicio o suministro que no estuviere específicamente declarado como un beneficio bajo el presente contrato.**
- 50. Cualquier Servicio o Suministro recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de la cobertura del Asegurado bajo el presente**

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

contrato, o después de la terminación de dicha cobertura, haya ocurrido o no la enfermedad o el daño accidental mientras la cobertura estaba en vigor.

51. **Cualquier Servicio o Suministro por los cuales se obtuvieron beneficios, o pudieran haberse obtenido los mismos mediante la solicitud apropiada bajo cualquier ley, ya sea si los mismos han sido solicitados o pagados.**
52. **Actos de personas que tomen parte en paros, huelgas o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares, o de personas que actúen en conexión con alguna organización política, o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos; o bien, por las medidas de represión de los mismos, tomadas por las Autoridades.**

CLÁUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte de este contrato las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la presente póliza, los anexos que se le adhieran, la Solicitud de Seguro, cualquier otro documento suscrito por el Asegurado que sea tomado en cuenta para su celebración o modificación y demás condiciones previas exigidas por la Compañía.

CLAUSULA No. 4 DEFINICIONES

Accidente: Se entenderá por accidente, toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el asegurado, independientemente de cualquier causa, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

Asegurado: Persona natural o jurídica suscriptora de la póliza, tomador del seguro o contratante, que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.

Comisión Nacional de Bancos y Seguros: La Comisión Nacional de Banca y Seguros, CNBS, es la entidad encargada de la supervisión, inspección y vigilancia

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

de la actividad bancaria, de seguros, previsionales, de valores y demás relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público

Compañía: Denominada como Ficohsa Seguros y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto de las presentes condiciones.

Contratante: En el texto de esta póliza se entenderá como contratante, a la persona o personas que firman la solicitud de seguro.

Contributivo: El término contributivo, significará que para obtener los beneficios de este seguro, el miembro del grupo deberá efectuar una contribución proporcional a la prima fijada; y el término no contributivo significará que el seguro es sin costo alguno para el miembro del grupo.

Emergencias: Es toda enfermedad o accidente, la cual:

- Resulte en forma súbita e inesperada; y
- Requiera atención médica inmediata para prevenir la muerte o daño orgánico y / o funcional irreversible en la salud.
- Mientras dure el estado crítico del paciente hasta su estabilización médica.

En caso de un accidente en el cual más de un miembro de una familia sufre lesiones, aplicará los deducibles establecidos en las especificaciones de riesgo de la póliza.

Enfermedad: Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y son materia de esta póliza solo las enfermedades que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

Gasto medico razonable y acostumbrado: Significará un gasto por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de similar carácter con tratamientos, servicios, o abastecimiento, a individuos del mismo sexo, de edad e ingresos semejantes.

Hospital: El término "Hospital" significa para los efectos de esta póliza, una institución organizada de acuerdo con la ley, que cuenta con instalaciones para

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

proporcionar servicios a personas enfermas o herida inclusive, instalaciones para diagnóstico y cirugía. Que brinde atención durante veinticuatro (24) horas diarias bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras, legalmente autorizadas para ejercer.

Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos y las casas de reposo no se consideran hospitales.

Hospitalización: Significará la reclusión de una persona que esté registrada como paciente en un hospital según se definió anteriormente, por lo cual incurra en un gasto diario en concepto de cuarto y alimentación.

Incapacidad: Significará una enfermedad, lesión corporal por accidente que necesite tratamiento por un médico autorizado. Todas las enfermedades o lesiones corporales accidentales que ocurran simultáneamente o sean ocasionadas o debidas a las mismas causas o causas similares serán consideradas como una sola incapacidad debida a causas que son las mismas o similares a las causas de una incapacidad anterior (incluyendo complicaciones que resultaren de ella), la incapacidad será considerada como una constitución de la incapacidad anterior, y no como una nueva y diferente incapacidad.

Sin embargo, para casos que requieran de hospitalización y esta sea después de los 90 días siguientes a la última salida del hospital, la siguiente reclusión debido a la misma causa, será considerada como una nueva incapacidad.

Para casos que no requieran de hospitalización, los beneficios cubren hasta el número máximo de días señalados en las condiciones particulares.

Para una incapacidad, pero una nueva incapacidad se establece después de transcurrido un periodo de 90 días siguientes a la fecha en la cual el último gasto cubierto fue incurrido, o después del periodo máximo señalado en este párrafo, lo que ocurra primero, a menos que los gastos ya no estén sujetos a reembolso debido a que el beneficio máximo fue agotado con anterioridad.

Ley: Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

Medico: Designa únicamente a un doctor o cirujano titulado en medicina o su equivalente, que esté legalmente establecido y autorizado.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

Operación quirúrgica: (1) Operación con incisión, (2) la sutura de una herida, (3) el tratamiento de una fractura, (4) la reducción de una luxación, (5) radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utilizan en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor), (6) electro cauterización, (7) procedimientos endoscópicos para diagnosis o terapia, (8) el tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.

CLAUSULA No. 5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

Queda entendido y convenido que el límite de responsabilidad se expresa en las Condiciones Particulares de la póliza. La suma asegurada que ha sido fijada, representa la base para limitar la responsabilidad máxima de la Compañía.

CLAUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

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

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

La Compañía tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que conozca el dolo o culpa, y en todo caso, a las primas convenidas por el primer año.

Si el Seguro concerniere a varias personas, el Contrato será válido para aquellas a quienes no se refiera la declaración dolosa o culpable, a menos que la Compañía pruebe que no los habría asegurado separadamente.

Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

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

Dado el aviso correspondiente por el Asegurado o el Contratante, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar la prima. Si el riesgo no fuere asegurable, la Compañía tendrá acción para rescindir el Contrato.

Si el Contratante o el Asegurado impidieran el ejercicio de esta facultad con fines fraudulentos, la Compañía quedará desligada de sus obligaciones.

CLAUSULA No. 7 PAGO DE PRIMA

Las primas correspondientes a esta póliza, serán pagadas por el Contratante, en las Oficinas Centrales o en las que ésta indique al Contratante por escrito. Las primas serán pagadas según se especifica en el convenio de pagos de esta póliza, sin embargo, por mutuo acuerdo entre el Contratante y la Compañía; se puede modificar la forma de pago, con el fin de convenir en pagos anuales, semestrales, trimestrales, o en forma diferente, según sea el caso.

Dicho pago deberá efectuarse contra entrega de un recibo, firmado por los representantes legales de la Compañía y refrendado por la persona autorizada para el cobro.

La prima correspondiente a esta póliza será igual a la suma de las primas parciales estipuladas en las Condiciones Particulares de la misma. La Compañía, podrá variar dichas primas en cualquier momento en que se modifique alguna de las coberturas o anexos.

Determinación de las Primas a Pagar

La prima que debe pagarse por los beneficios proporcionados por esta póliza se determinarán multiplicando el número de participantes en cada tipo de clasificación por la tarifa correspondiente. El total de las sumas así calculadas constituirá la prima, la cual deberá pagarse de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula Periodo de Gracia.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

Los ajustes que resulten a las primas por cualquier cambio en el tipo de clasificación de un miembro asegurado se harán efectivos en la fecha del cambio, si ésta coincide con la fecha de vencimiento de primas, sino, en la fecha subsiguiente de vencimiento de primas.

CLAUSULA No. 8 VIGENCIA

Los asegurados inscritos a la fecha de emisión del seguro quedan amparados desde la fecha indicada en la primera página de la Póliza.

Las personas que se afilien al Contratante con posterioridad a la vigencia de esta Póliza, podrán ingresar al Seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que hayan adquirido la calidad de elegibles.

Cuando un Asegurado contraiga matrimonio o en caso de que nazca un hijo, la solicitud de ingreso de estos nuevos familiares deberá hacerse dentro de los treinta (30) días siguientes a tal acontecimiento; en caso contrario deberán presentarse las pruebas de asegurabilidad que la Compañía exija.

Cualquier inscripción posterior a la fecha de emisión de la presente Póliza, surtirá efecto a partir de la fecha de aceptación que la Compañía notifique por escrito al Contratante.

Si en la fecha de vigencia de la Póliza, algún Asegurado ya se encontrare hospitalizado, la Compañía no asumirá ninguna responsabilidad por esa hospitalización y en este caso, el Seguro para esa persona surtirá efecto desde el día siguiente de haber abandonado el hospital o clínica, siempre y cuando haya recuperado su buena salud.

8.1 Terminación de la Póliza

Esta póliza caducará automáticamente, al vencimiento del período de gracia de cualquier prima, excepto la primera cuyo pago es indispensable para que entre en vigor.

CLÁUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

El beneficiario de las coberturas de esta póliza es el mismo Asegurado, quien recibirá la atención médica o reembolso de los Gastos Médicos que sean elegibles según las condiciones especiales y generales de la póliza.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 76/25-10-2021

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

Los derechos que esta póliza confiere son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

CLÁUSULA No. 10 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía 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 que ésta fije la sobreprima que pueda resultar en caso de ser aceptado el 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 Compañía en lo sucesivo y su responsabilidad concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Asegurado.

Para los efectos del párrafo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la Compañía habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; y,
- II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas o cosas 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 o cosas, 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

CLAUSULA No. 11 AVISO DEL SINIESTRO

El aviso escrito de un caso sobre el cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregado prontamente a la compañía, dentro de los treinta (30) días de haber ocurrido.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

- a) Avisar por escrito a la compañía dentro de los cinco (5) días siguientes de haberse producido el hecho, expresando su naturaleza, sitio donde se encuentra el tratamiento, fecha de ingreso al hospital y cualquier otro dato importante para su calificación.
- b) Presentar a la compañía los recibos, facturas o estado de cuenta respectivos, a más tardar cinco (5) días después de la salida del hospital o de terminado el servicio médico que da lugar al pago de algún beneficio.
- c) Rendir a la compañía todas las informaciones que esta requiera en relación con el siniestro, así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La compañía queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias y en los registros del contratante y solicitar informe de los terceros que hayan prestado sus servicios médicos hospitalarios.
- d) Los gastos médicos y hospitalarios incurridos en el extranjero, se reembolsarán cuando el asegurado dependiente haya sido remitido por el médico de cabecera a recibir tratamiento en el exterior, el cual debe ser autorizado por la compañía a través de su director médico.

Prueba de la Reclamación

Al recibir tal aviso, la compañía suministrará los formularios para la presentación de la prueba de reclamación. Los formularios deben llenarse y devolverse a la compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber sido suministrados.

La falta de envío del aviso de siniestro o de la prueba de reclamación dentro de los límites de tiempo estipulados arriba, no invalidará o reducirá la reclamación si demuestra que no fue razonablemente posible al juicio de la compañía dar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

Exámenes

La compañía tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del asegurado. Cuando y tantas veces como lo crea necesario mientras esté pendiente de pago una reclamación según la presente póliza, así mismo en caso de muerte, se reserva el derecho y se le dará oportunidad de examinar el cuerpo del asegurado y de ordenar que se practique la autopsia o necropsia cuando la ley lo permita.

Exención de Obligaciones

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 76/25-10-2021

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

La compañía quedará desligada de sus obligaciones:

- a) Si se omite la declaración escrita del siniestro y el informe médico a fin de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b) Si con el mismo fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro, o se niega la autorización para obtener informaciones de otras fuentes.
- c) Si, con el igual propósito, no se le remiten con oportunidad la documentación referente al siniestro, o
- d) Si se incumple con las demás obligaciones consignadas en la presente condición.

Reembolso

El Contratante se obliga a rembolsar a la Compañía las sumas que está hubiere pagado en relación con un siniestro, que posteriormente se descubra no haber estado cubierto, de conformidad con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.

CLAUSULA No. 12 TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato, mediante aviso por escrito a la Compañía, indicando la fecha en que la presente póliza debe cancelarse.

La Compañía al aceptar la cancelación, reembolsará al Contratante la prima no devengada por el tiempo que falte por transcurrir para el vencimiento natural de la póliza, siempre que no hubiese siniestro indemnizable.

Si la cancelación fuere debida a la sustitución de la presente Póliza por otra de esta Compañía, la prima no devengada se calculará a prorrata y será aplicada al pago de la prima correspondiente a la nueva Póliza.

Sin embargo, los Beneficios de cada Asegurado terminarán automáticamente al presentar cualquiera de las causas indicadas a continuación:

- Cuando un Asegurado pierda la calidad de Asegurado; en este caso los Beneficios del Seguro terminarán tanto para el Asegurado como sus familiares.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

- Cuando un Asegurado pierda la calidad de familiar del Afiliado, de acuerdo a la definición de la Cláusula **33, de la sección** “Dependientes elegibles”.
- Cuando un Afiliado solicite por escrito su exclusión del Seguro y éste se encuentre hospitalizado, la Compañía indemnizará al Asegurado de acuerdo a las Condiciones y limitaciones aquí previstas.

Si el tratamiento fuera ambulatorio, el Seguro terminará en la fecha de la consulta en que el médico lo declaró curado, pero en ningún caso excederá el plazo de treinta (30) días después de expirado el derecho al Seguro.

CLAUSULA No. 13 RENOVACIÓN

Esta póliza se considerará renovada, por período de un (1) año, si dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia de cada período alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito, de su voluntad de darla por terminada. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los asegurados cuyas edades, a la fecha de renovación, estén fuera de los límites establecidos en esta póliza.

CLÁUSULA No. 14 PRESCRIPCIÓN

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

El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día que la Compañía 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.

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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

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.15 CONTROVERSIA

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

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

CLAUSULA No. 16 COMUNICACIONES

Toda declaración o comunicación a la Compañía, relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito a la Oficina Principal de la misma.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante o al Asegurado, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella.

CLAUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD

Salvo pacto en contrario, esta póliza cubre los gastos médicos cubiertos bajo los términos y condiciones establecidos en este contrato y realizados dentro del territorio de Honduras.

CLAUSULA No.18 EDAD

Podrán formar parte del grupo asegurado los empleados entre los quince (15) y sesenta (60) años de edad y la edad máxima de permanencia será hasta los sesenta y cinco (65) años de edad.

Para el cónyuge se aceptará hasta la edad de sesenta (60) años.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado, al tiempo de la celebración, o en su caso de la renovación del contrato del seguro y éste hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán nulos y sin ningún valor para con el Asegurado y la compañía reintegrará

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

al Contratante el 70% de la prima en exceso que hubiere pagado por el Asegurado en el último año de vigencia de la Póliza.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se hubiere pagado una prima mayor la Compañía estará obligada a rembolsar al Contratante la totalidad de la prima correspondiente que se hubiere pagado en exceso, en el último año de vigencia de la póliza.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado se estuviere pagando una prima inferior a la que corresponde a la edad real, la obligación de la Compañía para con ese Asegurado será igual a la prima pagada que hubiere podido comparar la edad real.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados.

CLAUSULA No. 19 PERIODO DE GRACIA

El Contratante tiene un plazo de treinta y un (31) días, contados a partir del día de vencimiento de la prima, para hacerla efectiva. El plazo de gracia antes mencionado es válido para todas las primas con excepción de la primera, la cual deberá ser pagada en la fecha en que se presenta la solicitud de seguro. Si en el segundo pago no abona la prima antes de la expiración del plazo de gracia, la póliza caducará y cualquier evento posterior a dicho plazo queda fuera de la responsabilidad de la compañía.

CLÁUSULA No. 20 REHABILITACIÓN

Al caducarse la presente póliza conforme el clausulado de la misma, esta puede ser rehabilitada en cualquier tiempo, dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores a la fecha en que haya sido cancelada, pero sin exceder la fecha de terminación que se haya estipulado en esta póliza. La rehabilitación está sujeta a lo siguiente:

- a) Evidencia de asegurabilidad del asegurado a satisfacción de La Compañía, para rehabilitar la póliza.
- b) Al pago de todas las primas vencidas desde la cancelación de la póliza hasta la fecha de rehabilitación de la póliza, más intereses (cuando apliquen) a una tasa no mayor del 8% anual.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA No. 21 INDISPUTABILIDAD

La póliza, constituida por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y Anexos si los hubiere, la solicitud del seguro, los registros de asegurados y los consentimientos individuales de las personas aseguradas, si los hubiere, constituyen el contrato completo entre las partes.

Salvo que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares, la validez de la póliza no será impugnada, excepto por la falta de pago de las primas, después que haya estado en vigor un (1) año, contado a partir de la fecha de emisión. Ninguna declaración hecha por cualquier persona asegurada por la póliza, referente a su asegurabilidad, se utilizará para impugnar la validez de su cobertura, salvo dentro de un plazo de dos (2) años contados a partir de la fecha de tal declaración, o de la fecha en que entró en vigor la cobertura individual para dicha persona, de cualquiera de estas fechas la que sea anterior, siempre que tal declaración conste en la solicitud de seguro o en cualquier otro documento firmado por el Contratante o por el Asegurado.

La Compañía emitirá un Carné de Seguro para cada Asegurado que sea inscrito, en el cual se harán constar los datos relativos al Seguro y al manejo del mismo. Los Carnés serán entregados a los Afiliados por intermedio del Contratante pero no forman parte del Contrato.

Si esta póliza no concuerda con la oferta que dio origen, el Contratante deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince (15) días que sigan a aquel en que la recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta póliza, si no se solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince (15) días siguientes de recibida la petición de rectificación a que se refiere el párrafo anterior, la Compañía no declara al Contratante que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último.

CLÁUSULA No. 22 MONEDA

Toda prima o indemnización resultante de la aplicación de esta Póliza será pagadera en Lempiras

CLÁUSULA No. 23 DEDUCIBLE

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

Los deducibles y/o coaseguros que se aplicarán en este seguro son los descritos en las condiciones especiales de la póliza y corresponderán a cada uno de los beneficios o coberturas incluidas para cada una de las opciones a comercializar de este producto y que será escogida libremente por el Contratante.

Todos los reembolsos sujetos a deducibles se harán en exceso de la cantidad deducible fijada en negociaciones de la Póliza. Adicionalmente, en los beneficios sujetos a coaseguro, el Asegurado participará en los gastos cubiertos con el porcentaje establecido en las negociaciones de la póliza.

El deducible se aplicará a los gastos médicos cubiertos por cada Asegurado durante una vigencia o año calendario.

CLÁUSULA No. 24 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Las cantidades que la Compañía tenga que pagar en concepto de indemnizaciones, podrán ser entregadas al contratante, al Asegurado o directamente a los hospitales que hubieren prestado los servicios.

La indemnización será exigible treinta (30) días después de la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e informaciones necesarios que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

CLÁUSULA No. 25 MODIFICACIONES

La póliza se puede modificar en cualquier momento, por medio de solicitud escrita del Contratante y aceptación de la Compañía. Para que cobren validez las modificaciones, no es necesario el consentimiento de los asegurados, pero tal modificación no perjudicará negociación alguna que haya ocurrido con anterioridad. Dicha modificación tendrá efecto quince (15) días después que la Compañía notifique al Contratante.

Solamente las personas con la representación legal de la Compañía tienen la potestad de aceptar modificaciones a esta póliza.

Se conviene que esta póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Honduras. Queda también establecido que las doce (12:00) horas del mediodía, hora Nacional de la República de Honduras, será considerada la hora efectiva con respecto de cualquier fecha de inicio o vencimiento referida en la póliza.

CLÁUSULA No. 26 REPOSICIÓN

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 76/25-10-2021

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del Contratante, siguiendo los trámites que señale el Código de Comercio en lo que fueren aplicables. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

CLÁUSULA No. 27 CONCURRENCIA DE COBERTURAS

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier Asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otras pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si únicamente esta póliza estipula la concurrencia de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

1. El plan que cubra al Asegurado como miembro del grupo determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier plan que cubra dicha persona como dependiente.
2. El plan que cubra al Asegurado como dependiente de un miembro hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra como dependiente de una miembro mujer, y en cualquier caso el que posea beneficios.
3. Si de los dos anteriores incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al Asegurado por más tiempo determinará los beneficios.
4. En caso de que los derechos o beneficios concurrentes sean provistos por una póliza individual de seguro, el seguro individual determinará los beneficios.

CLÁUSULA No. 28 BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO

El Beneficio Máximo Vitalicio, es la cantidad total a que tiene derecho un Asegurado en concepto de reembolso durante toda su vida el cual se irá agotando en la medida que se le hacen reembolsos pero que puede restituirse, de acuerdo con lo estipulado en párrafo siguiente de Restablecimiento del Beneficio Máximo Vitalicio.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 76/25-10-2021

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

No obstante, los asegurados dependientes podrán continuar asegurados después que el asegurado haya agotado su propio beneficio máximo vitalicio.

El máximo vitalicio se reducirá al cincuenta (50%) de su monto original, cuando el asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65) años.

Restablecimiento Del Beneficio Máximo Vitalicio

Si a consecuencia de los reclamos presentados, un asegurado o dependiente ha recibido en beneficio, menos de la cantidad señalada como Máximo Vitalicio, la Compañía puede restablecer el beneficio máximo vitalicio en la condición siguiente:

Cuando el Asegurado haya permanecido interrumpidamente durante un mínimo de seis (6) meses sin incurrir en gastos y suministren a la Compañía la evidencia satisfactoria de asegurabilidad, con certificación médica que no está imposibilitado por accidente o enfermedad para desempeñar cualesquiera de sus ocupaciones habituales.

CLÁUSULA No. 29 BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

Si un Asegurado, incurre en gastos por una incapacidad que requiera reclusión en un hospital, los gastos cubiertos incluirán cargos hechos por:

Atención hospitalaria por habitación durante su internamiento recomendado y aprobado por un médico autorizado, pero sin exceder el beneficio máximo diario ni la cantidad máxima por cualquier incapacidad, según se indique en las condiciones particulares.

Todos los cargos razonables y acostumbrados hechos por otros servicios y medicamentos suministrados por el hospital durante su internamiento y que sean necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado.

Los servicios especiales de hospital no cubrirán los cargos hechos por cuarto, alimentación, atención de enfermería privada ni especialistas o doctores que no sean prestados en un hospital. En todo caso la suma de todos los gastos a que se refiere esta cláusula no excederá del beneficio máximo por incapacidad por gastos hospitalarios indicados en las condiciones particulares.

CLÁUSULA No. 30 BENEFICIOS DE CIRUGÍA Y ANESTESIA

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

Honorarios del médico por cirugía y tratamiento médico, dentro de los límites establecidos en las condiciones particulares de esta póliza. Excluidos tratamientos dentales excepto cuando es causado por accidente.

Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través, de la misma incisión o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor.

El valor del beneficio de cirugía incluye los honorarios por consultas normales preoperatorias, investigación y preparación del paciente asegurado, el procedimiento operativo, el cuidado total postoperatorio prestado por el cirujano, mientras el Asegurado esté recluido en el hospital y el cuidado por convalecencia subsiguiente a la salida del hospital.

El pago por todas las operaciones quirúrgicas practicadas durante cualquier incapacidad, nunca podrá exceder del Beneficio Máximo acordado.

Servicios dentales suministrados por un médico, dentista o cirujano dental, legalmente apto para ejercer tal profesión, por el tratamiento de lesiones accidentales no laborales causadas a los dientes naturales, por medios externos y violentos, dentro de los seis (6) meses subsiguientes al accidente. Tal tratamiento incluirá reemplazo de dichos dientes naturales dentro del período especificado, o por cirugía dental que usualmente necesite reclusión en un hospital durante un mínimo de dieciocho (18) horas consecutivas.

Los honorarios de anestesiastas hasta un porcentaje máximo de los honorarios cubiertos por esta póliza a los cirujanos y ayudantes por intervención quirúrgica.

La cantidad liquidada por concepto de Beneficios de Cirugía y Anestesia incluye todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos y ayudantes, hasta los límites establecidos para cirugía y anestesia en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA No. 31 BENEFICIOS A PACIENTES EXTERNOS

La Compañía reembolsará al Asegurado:

Los gastos incurridos por el Asegurado como paciente externo del hospital, así como cuentas por servicios clínicos, inclusive exámenes de laboratorio y radiología.

**Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 76/25-10-2021**

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

Los honorarios por servicios privados de enfermería, fuera de hospital, suministrados por una enfermera graduada que no tenga ninguna clase de parentesco con el Asegurado ni resida en el hogar del mismo Asegurado, siempre y cuando sea a consecuencia de una incapacidad por la cual el Asegurado se encontrase recluido y durante su reclusión el médico tratante recomendaré la asistencia de una enfermera especial, sujeta a los máximos establecidos en las Condiciones de la póliza.

CLÁUSULA No. 32 BENEFICIOS POR VISITAS MÉDICAS

Si a consecuencia de una incapacidad, un Asegurado incurre en gastos por visitas y tratamientos médicos por cualquier razón que no fuere embarazo la Compañía reembolsará tales gastos hasta la cantidad máxima por visita y por incapacidad indicadas en las condiciones de esta póliza los gastos por tratamientos pre y pos-operatorio y de convalecencia de cirugía, son considerados como gastos de cirugía y por lo tanto no pertenecen a este rubro. La Compañía reembolsará tales gastos hasta la cantidad máxima por visita e incapacidad de acuerdo con las condiciones particulares en esta póliza.

Este beneficio estará sujeto a las siguientes disposiciones:

Consulta- visita y tratamiento médico proporcionado en la clínica del doctor.
Visita de Médico- atención y tratamiento médico proporcionado en la casa del Asegurado.

Limitaciones:

Los beneficios de esta cláusula se limitan a los tipos de visitas descritos arriba.
El pago se hará nada más que por una visita al día.
Las visitas del médico y las consultas serán consideradas como un solo tipo de visitas.

La consulta a Especialista será reconocida siempre y cuando dicha consulta haya sido ordenada por anticipado por el médico de cabecera

CLÁUSULA No. 33 GRUPO ASEGURABLE Y GRUPO ASEGURADO

Asegurados

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 76/25-10-2021

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

Es Asegurado la persona elegible que haya llenado su consentimiento, en un formulario aprobado por la Compañía, para participar en el plan de seguros y que acuerde pagar las contribuciones requeridas.

Dependientes Elegibles

El término "DEPENDIENTES" se referirá solamente a:

Cónyuge legítimo de un Asegurado, o la convivencia que sea reconocida como tal en los archivos del Contratante y haya señalado como dependiente en los documentos de solicitud del seguro.

Los hijos solteros de un empleado hijastros e hijos legalmente adoptados que sean mayores de catorce (14) días y menores de diecinueve (19) años de edad, que vivan en el hogar del empleado o se encuentren ausentes por razón de estudios, o hasta los veintitrés (23) años de edad a condición de que sean solteros y tengan el mismo domicilio permanente que el empleado, y sean estudiantes a tiempo completo en una institución educativa acreditada. Dichos hijos deberán depender del empleado para su sostenimiento y estar registrados en los archivos del patrono.

Dependientes Asegurados

Cualquier miembro será elegible para el seguro de dependientes, así:

Si al momento de suscribir la póliza siempre que en tal fecha tenga dependientes elegibles **siempre y cuando cumpla** con los requisitos del párrafo Dependientes Elegibles.

En el día en que por primera vez asuma responsabilidades por dependientes elegibles en la forma ya indicada.

Cuando un Asegurado decida inscribir a sus dependientes elegibles, se obliga a declarar cualquier cambio que ocurriere de tales dependientes.

El seguro para los dependientes de un Asegurado entrará en vigor:

1. Si el Asegurado asume responsabilidad por uno o más dependientes después de la fecha efectiva de su seguro, tales dependientes quedarán asegurados automáticamente en la fecha en que el Asegurado los declare y efectúe cualquier contribución aplicable que resulte del cambio, si lo hubiere

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

de su categoría de inscripción. Sin embargo, si la solicitud es presentada después de un período de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se asumió responsabilidad por uno o más dependientes, estos deberán presentar a la Compañía muestras satisfactorias de buena salud. La Compañía se reserva el derecho de aprobar o rechazar dicha solicitud.

2. Si la solicitud para el seguro de dependientes, la hace el Asegurado vencido el plazo de treinta (30) días, a que se refiere el numeral anterior o la hace después de que la cobertura individual hubiere terminado por falta de pago de la contribución requerida, la cobertura de los dependientes elegibles del Asegurado no entrará en vigor sino hasta tres (3) meses después de la fecha en que se inscribe.

Terminación del Seguro Individual de Dependientes.

El seguro de un dependiente conforme esta Póliza terminará automáticamente en la fecha en que:

1. Concluya el seguro del Asegurado como tal, según esta póliza.
2. El dependiente Asegurado deje de ser elegible como dependiente, conforme esta póliza.
3. El Asegurado deje de efectuar, en su oportunidad la contribución a que esté obligado por el dependiente.
4. En la edad indicada en esta póliza.
5. Vencimiento de esta póliza.
6. Por violación a las condiciones de este contrato o actos mal intencionados, respecto al mismo.

CLÁUSULA NO. 34 PERIODO DE ESPERA

Condiciones sujetas al periodo de espera

Los períodos de espera se aplicarán a las Condiciones pre-existentes que incluyen:

- Cualquier enfermedad, incluyendo las afecciones que se presenten durante y a causa del embarazo de un Participante, que existiera en la fecha efectiva de la cobertura del Participante, y cuyos síntomas, incluyendo la concepción en el caso de embarazo, se presentaran en la fecha de efectividad de la cobertura del participante o con anterioridad a la misma, sea que el Participante tuviera conocimiento o no que dichos síntomas estaban relacionados con tal enfermedad.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 76/25-10-2021

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

- Cualquier enfermedad, incluyendo cualquier afección durante y resultante del embarazo, para la cual se haya prestado asesoramiento o tratamiento médico o quirúrgico o consejo dentro de los doce (12) meses anteriores a la fecha de efectividad de la cobertura del Participante.
- Complicaciones resultantes de condiciones preexistentes.
- Amigdalectomías y/o adenoidectomías, incluyendo las complicaciones resultantes de las mismas.

Duración del Periodo de Espera

El período de espera será de doce (12) meses calendario consecutivos después de iniciada la cobertura del Participante; con la excepción de que los beneficios correspondientes a un Miembro Familiar serán otorgados solamente después que la Cobertura Familiar haya estado en vigor durante doce (12) meses calendario consecutivos, inmediatamente anteriores a la fecha en la cual dicho Miembro Familiar reciba el primer servicio o suministro de asistencia.

Excepciones al Periodo de Espera

Se considerarán para efectos de las condiciones generales, con excepciones al período de espera:

- Las amigdalectomías y/o adenoidectomías, incluyendo las complicaciones resultantes de las mismas, que no sean condiciones pre-existentes estarán sujetas a un período de espera de seis (6) meses.
- Durante los primeros diez (10) meses de cobertura, bajo el presente contrato, no se proporcionarán beneficios por maternidad.
- Los recién nacidos estarán cubiertos a partir del día catorce (14) de la fecha de nacimiento, y no estarán sujetos al período de espera ni a la selección médica.

CLÁUSULA No. 35 GASTOS DE EMISIÓN

La Compañía cobrará L 500.00 en concepto de gastos de emisión o renovación en su caso, por cada póliza que se emita o renueve, sea en moneda nacional o en

SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

dólares estadounidenses. De conformidad con las políticas comerciales y de suscripción de la Compañía, estos gastos podrán ser modificados.

CLÁUSULA No. 36 CESIÓN

Los derechos concedidos por esta Póliza no podrán ser objeto de cesión.

CLÁUSULA No. 37 INSPECCIÓN

La Compañía queda facultada para practicar inspecciones relacionadas con el presente Contrato, durante el curso del Seguro o en caso de siniestro.

Si el Contratante o el Asegurado impidieran el ejercicio de esta facultad con fines fraudulentos, la Compañía quedará desligada de sus obligaciones.

CLÁUSULA No. 38 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 Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA No. 39 NORMAS SUPLETORIAS

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 76/25-10-2021

**SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR
CONDICIONES GENERALES**

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