

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS 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 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

La Compañía reconocerá bajo la presente póliza, los gastos Médico- Hospitalarios necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por los asegurados amparados, de acuerdo a los beneficios descritos en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, que son parte integral de la presente póliza.

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos, necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por:

1. Cuarto y alimentos: durante la reclusión en un hospital hasta el máximo diario establecido en la Tabla de Beneficios, excluyendo cama y alimentación de acompañante, uso de teléfono, fax, Internet, televisión u otros similares.

2. Gastos especiales de hospital.

3. Atención médica suministrada por un Médico legalmente autorizado en casos de:

- a) Consultas médicas ambulatorias en sanatorio, hospital, consultorio o domicilio, reconociéndose el valor indicado en la Tabla de Beneficios y como máximo una consulta o visita médica por día.**
- b) Consultas médicas intrahospitalarias por tratamientos médicos que no requieran intervención quirúrgica, reconociéndose los valores necesarios, razonables y acostumbrados, como máximo dos visitas por día. Para enfermedades graves debidamente calificadas por la Compañía de Seguros, podrá reconocerse hasta un máximo de tres visitas por día.**
- c) Procedimientos quirúrgicos, conforme a los valores necesarios, razonables y acostumbrados.**
- d) Honorarios del Anestesiólogo, conforme a los valores necesarios, razonables y acostumbrados.**



Estos gastos no serán elegibles si el servicio médico es brindado al asegurado por su cónyuge, hijo, hija, madre, padre, hermano, hermana, tía o tío.

4. Servicio autorizado de ambulancia profesional terrestre, utilizado para el traslado del asegurado del lugar donde ocurre el accidente o se contrae la enfermedad al Hospital, siempre que exista cargo por cuarto y alimentos o uso de sala de emergencia debidamente justificado, reconociéndose hasta el valor indicado en la Tabla de Beneficios.

5. Servicio privado de enfermeras tituladas durante una hospitalización, si por la gravedad de la enfermedad el médico tratante lo recomienda.

Este gasto no será elegible si el servicio es brindado al asegurado por su cónyuge, hijo, hija, madre, padre, hermano, hermana, tía o tío.

6. Tratamientos prescritos por el médico tratante, que sean suministrados por un especialista en medicina física y rehabilitación o en un centro debidamente autorizado siempre que esté bajo la dirección y supervisión de un médico especialista en medicina física y rehabilitación.

7. Tratamientos prescritos por el médico tratante, que sea suministrado por un profesional especialista en radioterapia.

8. Gastos por sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, vendajes quirúrgicos, yeso, tablilla, braguero, muletas u otro equipo similar, oxígeno y costo del alquiler de equipo necesario para su aplicación, alquiler de sillas con ruedas o cama especial, prótesis, alquiler de pulmón artificial u otro equipo necesario para tratamiento de parálisis respiratoria.

9. Drogas o medicinas estrictamente recetadas por un médico y que sean adquiridas en establecimientos debidamente autorizados para su expendio (no incluye vitaminas y/o estimulantes del apetito).

10. Cirugía Plástica para tratamiento de lesiones sufridas en un accidente cubierto ocurrido mientras la persona esté asegurada y que la misma sea realizada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a dicho accidente y para tratamiento de irregularidades congénitas en un niño que nazca mientras el padre o madre estén asegurados con seguro para dependientes.

11. Análisis de laboratorio, rayos X, electroencefalograma, electrocardiograma, TAC u otros que fuesen necesarios para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto, debiendo adjuntar los resultados.

12. Tratamientos de Psiquiatría por enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales como consecuencia de enfermedad o accidente cubierto, brindados por psiquiatras profesionales e incurridos mientras el asegurado se encuentre

hospitalizado y por aplicación de terapia para tratamiento de convulsiones ya sea que se encuentre hospitalizado o no.

Como paciente externo, únicamente se reconocerá el número de visitas a un Psiquiatra profesional y hasta el monto máximo indicados en la Tabla de Beneficios.

13. Tratamientos por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), y todas las enfermedades y/o padecimientos relacionados con el virus de inmunodeficiencia humana, los gastos elegibles se reembolsarán hasta el porcentaje del Máximo Vitalicio, indicado en la Tabla de Beneficios.

14. Tratamientos para Enfermedades Preexistentes:

Para los empleados actuales y sus dependientes; y los que ingresen posteriormente, los tratamientos por condiciones preexistentes declaradas, serán elegibles hasta por la cantidad indicada en la Tabla de Beneficios.

Las limitaciones relativas al monto de los reembolsos, serán aplicables durante el número de meses iniciales de vigencia de la cobertura del asegurado, indicado en la Tabla de Beneficios.

Para que una condición preexistente sea cubierta, se requiere:

- a) Haber sido comunicada a la Compañía en la solicitud de ingreso o en la prueba de asegurabilidad; y
- b) No haber sido excluida de la cobertura mediante un Endoso a esta Póliza.

Se entiende por enfermedad preexistente toda enfermedad, lesión, condición o síntoma que se hubieren manifestado dentro de los cinco (5) años anteriores a la fecha de efectividad de la cobertura, que fueron diagnosticadas por un médico, aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos no pueden pasar desapercibidas por la persona asegurada y la inducirían a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

15. Control de niño sano y vacunas del cuadro básico, incluyendo Meningitis y Hepatitis “A” y “B”, hasta el cumplimiento de la edad indicada en la Tabla de Beneficios.

16. Atenciones suministradas a un hijo dependiente entre el momento de nacer y el décimo (10) día de nacido, hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios, si el padre o la madre participan con la cobertura para dependientes y únicamente por lo siguiente:

- Por enfermedad contraída dentro del hospital,
- Por condiciones congénitas anormales, y
- Por nacimiento prematuro.



17. Procedimientos quirúrgicos, artroscópicos, laparoscópicos y la Litotripsia, únicamente que se solicite previamente la autorización por escrito a la Compañía de Seguros, por lo menos con setenta y dos (72) horas hábiles de anticipación.

18. Control Ginecológico como indicado en la Tabla de Beneficios.

19. Cualquier otro tratamiento médico debidamente comprobado y necesario para la recuperación de las condiciones normales de salud, previa autorización de la Compañía de Seguros, solicitado con setenta y dos (72) horas hábiles de anticipación.

20. MATERNIDAD COMO CUALQUIER OTRA INCAPACIDAD. Si a consecuencia de embarazo la asegurada, bien sea empleada o cónyuge, incurre en gastos por parto, aborto no electivo o cualquier complicación que resulte de dicho embarazo (extrauterino, fiebre puerperal, eclampsia y toxicosis gravídica), la Compañía de Seguros pagará tales gastos como si se tratase de una enfermedad o lesión accidental cubierta.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES

Las exclusiones de este seguro se especifican para cada beneficio y se establecerán en las condiciones especiales de cada cobertura escogida.

La Compañía no hará pago alguno por los siguientes servicios o atenciones médicas:

- 1. Aquellos no mencionados en los Gastos Médicos Cubiertos.**
- 2. Reconocimientos médicos o exámenes por razón de chequeo general o tratamientos que no sean relacionados con una enfermedad o accidente cubierto.**
- 3. Refracciones de la vista, habilitación de lentes o de audífonos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radial y tratamientos similares para corregir la visión y/o audición.**
- 4. Tratamientos dentales y periodontales excepto los llevados a cabo por un Dentista o Cirujano Dental, legalmente autorizado para ejercer dicha profesión, presentando las RX pre y post tratamiento y únicamente por lo siguiente:**
 - a) Como producto de un accidente cubierto ocurrido mientras el Asegurado esté amparado por esta Póliza y llevado a cabo dentro de los noventa (90)**



días siguientes de dicho accidente, incluyendo la colocación en su lugar de la mandíbula fracturada y el reemplazo por medio de prótesis de dientes, si éstos eran naturales, aplicando para su reembolso costos razonables y acostumbrados. En los casos de accidente será necesario que el asegurado reporte el accidente a la Compañía dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas de su ocurrencia y deberá ser evaluado por los médicos odontólogos nombrados por la Compañía; y

b) Extracción de terceras molares impactadas, previa autorización de la Compañía, con la presentación de las RX pre tratamiento y para el reembolso deberá presentar las RX post tratamiento. Para el reembolso se aplicarán costos razonables y acostumbrados.

5. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos de enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales, excepto lo que estipula el numeral 12 de los gastos cubiertos

6. Tratamiento, asesoramiento y consecuencias de alcoholismo, ingestión de bebidas alcohólicas o adicción a drogas.

7. Servicios médicos suministrados:

a) En un Hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno o por el I.H.S.S. y,

b) Por cualquier otro servicio de asistencia médica por los que el Asegurado no tiene que pagar.

8. Lesiones o enfermedades causadas por actos de guerra, sea ésta declarada o no, insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política y riñas en general, sea con participación voluntaria o no.

9. Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.

10. Cirugía plástica, excepto cuando sea necesaria para tratamiento de lesiones sufridas en un accidente cubierto, conforme al numeral 10 de Gastos Cubiertos.

11. Tratamiento de problemas de la mandíbula incluyendo el Síndrome Temporo mandibular, cráneo mandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos adyacentes en esa coyuntura.

12. Tratamientos o servicio médico y quirúrgico por infertilidad, esterilidad en ambos sexos, fecundación in-vitro, inseminación artificial y cualquier otro



procedimiento de índole semejante; esterilización o reversión de una esterilización realizada previamente, disfunción o insuficiencia sexual.

13. Atenciones suministradas a un hijo dependiente entre el momento de nacer y el décimo día de nacido, excepto por lo mencionado en el numeral 16 de los Gastos Cubiertos.

14. Lesiones causadas a sí mismo, sea que el asegurado esté o no en uso de sus facultades mentales.

15. Procedimientos quirúrgicos, Médicos, Ortopédicos o de cualquier índole, así como medicamentos cuya finalidad sea estética, de embellecimiento, rejuvenecimiento, crecimiento, control de peso, obesidad, calvicie o de uso cosmético en general (Acné de cualquier tipo, Hormonas de crecimiento.)

16. Tratamientos y servicios medico quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica, procedimientos nuevos considerados experimentales, investigativos, así como medicina deportiva, musicoterapia, medicina natural, homeopática y alternativa.

17. Tratamientos médico-quirúrgicos de nariz y/o senos para-nasales realizados en el primer año de la cobertura individual, excepto a consecuencia de accidente cubierto.

18. Pruebas de diagnóstico, tratamiento y medicamentos por retardo de aprendizaje o del crecimiento, incluyendo las terapias.

19. Gastos relacionados con disfunciones hormonales, Menopausia y/o Climaterio.

20. Cuidados o tratamientos de defectos congénitos, excepto lo que estipula el numeral 16 sobre la atención del recién nacido de los Gastos Cubiertos

21. Tratamientos de enfermedades preexistentes, salvo lo indicado en el numeral 14 de los Gastos Cubiertos.

22. Tratamientos recibidos antes de la fecha de inicio de la cobertura del asegurado o después de la terminación de la cobertura individual, aun cuando sean resultado de accidentes o enfermedades ocurridas mientras la cobertura se encontraba en vigor.

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 del Contrato y será necesario que esté suscrita por el Gerente y otro Funcionario de la Compañía, para su validez.

CLÁUSULA No. 4 DEFINICIONES

ACCIDENTE: Se entiende toda lesión corporal traumática sufrida por el asegurado independiente de su voluntad o a la de un tercero, por la acción repentina, violenta de un agente externo y de cuya lesión exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo y que pueda ser determinada de una manera cierta, excepto en el caso de ahogamiento o de lesión interna revelada por la autopsia que no se requerirá tal evidencia.

ASEGURADO: La persona que está cubierta por los beneficios proporcionados por esta Póliza.

BENEFICIO: Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado, en caso de ser procedente el siniestro de acuerdo a lo estipulado en el presente Contrato.

COMISIÓN NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS: Entidad encargada de la supervisión, inspección y vigilancia de la actividad bancaria, de seguros, previsionales, de valores y demás relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público

CONTRATANTE: Es el dueño de la Póliza y puede ejercer durante la vida del Asegurado, cualquier derecho, privilegio u opción contenido en esta Póliza. Cuando el Contratante y el Asegurado son la misma persona, todos los derechos, privilegios u opciones se reunirán en la persona del Asegurado. Cualquier cambio de Contratante deberá ser solicitado por escrito y sólo será efectivo cuando sea aprobado y registrado por la Compañía.

CONTRATO: Documento mediante el cual la se compromete a pagar, a cambio de una prima, una indemnización para atender la necesidad económica provocada por la materialización del riesgo.

DEDUCIBLE: Es la cantidad que se resta de los Gastos Médicos elegibles, como se indica en la Tabla de Beneficios, que sean incurridos por el Asegurado, y éste se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones: a) Por año calendario, por cada asegurado y como máximo deberán cubrirlo tres miembros del grupo familiar, cuando los gastos son

incurridos dentro del área Centroamericana y b) Por evento o incapacidad y por cada asegurado, cuando los gastos son incurridos fuera del área centroamericana.

ENFERMEDAD: El estado anormal del organismo del asegurado, entendido como una desviación de los procesos biológicos en que se materializa la vida, del plano normal en que se desenvuelven.

FAMILIARES DEPENDIENTES: se considera dependientes a esposa o conyugue, e hijos.

GRUPO ASEGURADO: son las personas que están cubiertas por los beneficios proporcionados por esta póliza

LA COMPAÑÍA: SEGUROS BOLIVAR HONDURAS, S.A. (DAVIVIENDA SEGUROS)

LA LEY: Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras

MAXIMO VITALICIO: Es la cantidad máxima de reembolso a la que tendrá derecho una persona durante su vida, mientras la póliza se mantenga en vigor.

RED: Se refiere a un grupo de médicos y hospitales con los cuales se han pactado costos de bienes y servicios médicos bajo convenio, y cuya utilización opcional por parte del asegurado está sujeta al seguimiento de reglas específicas anotadas en las Condiciones de la póliza.

CLÁUSULA No. 5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía será la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares cubriendo los riesgos contratados y que pudieren acaecer durante la vigencia de las coberturas de esta póliza.

CLÁUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

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

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

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

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

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

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por la Compañía o antes que ésta haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas. Se estará además a lo dispuesto en el Artículo 1142 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 7 PAGO DE PRIMA

El Contratante acepta realizar los pagos de las primas requeridas para cubrir el Programa de Coberturas; en las fechas de vencimiento establecidas, conforme lo indicado en la Póliza.

CLÁUSULA No. 8 VIGENCIA

La vigencia de esta Póliza es anual desde y hasta las fechas anotadas en las Condiciones Particulares, ambas fechas al medio día. A solicitud del Contratante esta póliza podrá ser renovada por períodos iguales, siempre y cuando éste haya aceptado por escrito las condiciones de renovación presentadas por la Compañía.

CLÁUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

Si no se hubiese pactado lo contrario en la Solicitud de Seguro o en un endoso, el Asegurado podrá designar o cambiar los beneficiarios en cualquier tiempo y podrá disponer libremente del derecho derivado del Seguro; pero queda entendido y convenido que el mismo Asegurado pondrá en conocimiento de la Compañía dichos cambios por escrito, los cuales deberán registrarse en la póliza por un funcionario de la Compañía, para su validez. La falta de esta notificación exime a la Compañía de toda responsabilidad con motivo de cualquier pago que hubiere efectuado antes de tener

conocimiento por escrito del cambio. Si algún beneficiario falleciere antes del Asegurado, la parte correspondiente a aquel acrecerá por partes iguales a la de los demás, siempre que no haya estipulación en contrario.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado y no se hubiera hecho nueva designación.

CLÁUSULA No. 10 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante queda obligado a proporcionar puntualmente a la Compañía toda la información relativa a:

- a) Solicitudes de ingreso de nuevos miembros del grupo asegurado;
- b) Notificación de las bajas de los asegurados;
- c) Los Anexos constituidos por los consentimientos de los miembros del grupo para ser asegurados; y
- d) Cambios que se operen en la cuantía de la suma asegurada de los Asegurados. a requerimiento de la Compañía, estará obligado a presentar los registros y nóminas del personal y a proporcionarles toda información referente a los miembros del grupo, que tenga o pueda tener relación con lo pactado en esta póliza.

Si el Contratante incurriere involuntariamente en error al informar sobre el nombre de algún Asegurado que reúna los requisitos requeridos por esta Póliza para ser elegible, éste no será privado de los beneficios de este Seguro.

CLÁUSULA No. 11 PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante no debe:

- Presentar información falsa de los asegurados a la Compañía
- Efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre prima fijada por la Institución de Seguros.
- No pagar en su debido momento a la Compañía, la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.
- Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Institución de Seguros y que pertenecen al asegurado o a sus beneficiarios.

CLÁUSULA No. 12 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado cambiara su ocupación habitual o ejerciera su profesión en condiciones distintas de las que indicó en su oferta; estableciera su domicilio definitivo en el

Extranjero o sufriera alguna otra condición que constituya una agravación esencial del riesgo, el Contratante deberá comunicarlo a la Compañía mediante carta certificada u otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca.

Si el Contratante omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

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

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

Si, por el contrario, las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio.

CLÁUSULA No. 12 AVISO DEL SINIESTRO

El aviso escrito de un caso sobre el cual puede establecerse una reclamación, deberá presentarse a la Compañía junto con la prueba de tal lesión o enfermedad, a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente o se originó la enfermedad.

El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en éste documento, no invalidará reclamación alguna, siempre que se demuestre que no fue razonable o posible enviar aviso o prueba dentro de éste período y que tal aviso o prueba fue presentado tan pronto como fue razonablemente posible hacerlo.

Documentos, Datos e Informes:

La Compañía tiene el derecho de exigir del Asegurado toda clase de documentación e informes sobre los hechos relacionados con la reclamación y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de la misma.

La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado por un médico de su confianza, en los casos que así lo requiera.

Requisitos para la presentación de un Reclamo de Seguro Medico-Hospitalario	
<ul style="list-style-type: none"> > Formulario de Reclamo de Gastos Médicos completo firmado por el asegurado y firmado y sellado por responsable de Recursos Humanos. > Formulario de Declaración del Médico Consulta Ambulatoria > Recibos o facturas originales por Honorarios Médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> > Recetas firmadas originales y selladas por el médico tratante. > Facturas o recibos originales por compra de medicamentos > Facturas o recibos originales por exámenes de laboratorio, rayos-x u otros. > Facturas o recibos por tratamientos hospitalarios, con copia del expediente clínico, detalle de medicamentos, laboratorios.

Pago de indemnizaciones

Al recibirse una reclamación, los beneficios de éste Contrato le serán pagados al Asegurado contra recibos firmados por medio del Contratante. Cualquier pago que quedara pendiente al fallecimiento de un asegurado, o si tal dependiente es menor de edad, o si según criterio de la Compañía se encuentra legalmente incompetente para extender un recibo o descargo válido de cualquier pago, la Compañía puede a discreción propia, y siempre por medio del Contratante pagar ese beneficio a la persona natural o jurídica que tenga la representación legal.

Cualquier pago así efectuado constituirá un descargo íntegro de las obligaciones de la Compañía en lo que respecta al reclamo, y no se deberá exigir a ésta que se ocupe del destino que se le dé al dinero pagado en la forma descrita.

CLÁUSULA No. 12 TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Seguro de una persona amparada por esta póliza terminará de manera automática e inmediata en las siguientes fechas:

- a) Aquella en que deje de hacer efectiva cualquier contribución a que se viere obligado, sin perjuicio del período de gracia de treinta (30) días.
- b) Cuando un miembro del grupo no cumpla con su obligación de dar al contratante la parte de la prima que pudiera corresponderle, éste podrá notificarlo a la Compañía para obtener la baja de aquel en el registro de asegurados.

Mientras el contratante no notifique a la Compañía que uno o algunos de los miembros asegurados ha o han causado baja en el grupo asegurable y continúe pagando la prima correspondiente a dicho o dichos miembros, éstos continuarán gozando de los beneficios de este Seguro hasta tanto que el contratante notifique su cese en el grupo. En caso de ser recibida esta notificación, la Compañía restituirá al Contratante la prima no devengada;

- c) Aquella en que deje de reunir los requisitos establecidos para ser aceptable como Asegurado, de conformidad con lo establecido en la Cláusula No. 28 Aceptación de Asegurados de las presentes Condiciones Generales;
- d) Aquella en que esta póliza dejare de ser renovada por el Contratante.

CLÁUSULA No. 13 RENOVACIÓN

El Contratante podrá renovar esta póliza al final de cada fecha de vencimiento, en las mismas condiciones en que fue suscrita, siempre que reúna los requisitos que en la misma se establece, mediante el pago de la correspondiente prima resultante, después de efectuados los ajustes de las altas y bajas comunicadas a la Compañía durante el último año-póliza, siempre que dicho pago sea hecho antes de la expiración del período de gracia de treinta (30) días y si entonces el número de los asegurados se mantiene dentro de las estipulaciones consignadas en las Condiciones Particulares relativa a límites de edad.

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 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 Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

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

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

CLÁUSULA No. 15 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 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 salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA No. 16 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito a su domicilio social. Por su parte, las comunicaciones de la Compañía al Contratante del seguro, las hará por escrito al último domicilio reportado por éstos.

CLÁUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD

Este contrato no se afectará por razones de residencia, ocupación, viajes y estilo de vida del Asegurado.

CLÁUSULA No. 18 SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, durante el primer (1) año de vigencia ininterrumpida del Seguro, cualquiera que sea su estado mental, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido para tal efecto, en las Condiciones Particulares de esta póliza.

CLÁUSULA No. 19 EDAD

Los límites de admisión y renovación fijados por la Compañía para este Contrato estarán fijados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente antes de que la Compañía efectúe cualquier pago en relación con la presente Póliza. Si la comprobación se hiciera en vida del Asegurado, la Compañía extenderá la respectiva

constancia y no podrá exigir nuevas pruebas sobre este extremo, para efectuar cualquier pago.

Si de la mencionada comprobación resultare que la edad verdadera del Asegurado al emitirse la póliza, se encontraba fuera de los límites de aceptación establecidos, el contrato de seguro será rescindido y la Compañía pagará al Asegurado o a los Beneficiarios, si la prueba fuese posterior al fallecimiento de aquél, la porción de prima no devengada a partir de la fecha de la comprobación de la edad.

Si la edad verdadera fuese distinta de la declarada, pero encontrándose comprendida en los límites de aceptación, se procederá de conformidad con lo preceptuado en el Artículo 1231 del Código de Comercio de la Republica de Honduras.

La Compañía no deberá emitir la póliza cuando el número de los Asegurados aceptables en la misma sea menor de quince (15) y el Contrato quedará rescindido cuando el número de los asegurados llegue a ser menor de veinte (20), o menor de ochenta (80%) por ciento de las personas que reúnan las condiciones necesarias para ser aceptables como asegurados, siempre que este porcentaje no sea inferior al límite mínimo de quince (15) asegurados.

Rango de edad para ingreso es de dieciocho (18) años a sesenta y cinco (65), permanencia hasta los setenta y cinco (75) años

CLÁUSULA No. 20 PERÍODO DE GRACIA

Si el Contratante en su caso no efectuare el pago de la Prima Programada anual o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento dispondrán de un periodo de gracia de treinta y un (31) días calendario para el pago de la prima en descubierto.

Si dentro del término de dicho plazo, la prima no ha sido pagada, los efectos de la Póliza cesarán de inmediato, sin necesidad de aviso o declaración especial.

Si dentro del período de gracia, ocurre cualquier evento amparado por el Programa de Coberturas, la Compañía procederá al pago de la indemnización correspondiente y a deducir de ella, el total de las primas pendientes de pago para completar el año - póliza.

CLÁUSULA No. 21 REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado, como lo prevé la Cláusula No. 20 Período de Gracia, el contrato de seguro no podrá ser rehabilitado

CLÁUSULA No. 22 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato, será indisputable a partir de la fecha en que cumpla dos (2) años desde el inicio de su vigencia, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado, y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para anularlo o rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración.

Si el Contratante solicitara incrementos en la suma asegurada de la Póliza, estos también serán disputables durante dos (2) años, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de los mismos, en cada Asegurado.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha de expedición del Certificado individual correspondiente.

CLÁUSULA No. 23 VALORES GARANTIZADOS

Esta póliza es un seguro Temporal Anual Renovable y no genera ningún tipo de valor de rescate, ni dividendos.

CLÁUSULA No. 24 MODIFICACIONES

Toda modificación a este Contrato deberá ser solicitada por escrito a la Compañía y para su validez, deberá ser aceptada mediante endoso firmado por el Gerente o funcionarios autorizados de la Compañía que se agregará a la Póliza y si procede, actualizará las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los intermediarios de seguros o cualquier otra persona de la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Las Condiciones Generales tan sólo podrán ser modificadas en sentido favorable al Asegurado, previa autorización de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. El Contratante o Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante del seguro estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

CLÁUSULA No. 25 AJUSTE AL PROGRAMA DE BENEFICIOS

En cualquier aniversario de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía modificaciones en su Programa de Beneficios.

Para incrementos de suma asegurada, deberá presentar y a satisfacción de la Compañía las pruebas de asegurabilidad que ésta requiera.

Cualquier modificación al Programa de Beneficios se hará constar en la propia Póliza o en anexo debidamente firmado.

CLÁUSULA No. 26 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Los beneficios de ésta póliza no se duplicarán con los de cualquier otro plan en el cual esté inscrito el asegurado gozando de beneficios similares. La suma de los beneficios pagaderos por ésta Póliza y por cualquier otro plan será coordinada de manera que el total pagado no sobrepase el 100% de los gastos elegibles incurridos.

En ningún caso la cantidad pagadera por ésta Póliza podrá exceder la suma máxima estipulada en la Tabla de Beneficios. Si solamente ésta póliza estipula la no duplicidad, los beneficios reclamados deberán ser pagados primeros por los demás planes. Si los otros planes también establecen la coordinación de beneficios la Compañía aplicará las siguientes reglas:

- 1) El plan que cubra al asegurado como empleado determinará sus beneficios antes que el plan que lo cubra como dependiente.
- 2) El plan que cubra al asegurado como dependiente de un empleado hombre, determinará sus beneficios antes que el plan que lo cubra como dependiente de un empleado mujer.
- 3) Si los incisos anteriores no establecen un orden de prioridad, determinará los beneficios el plan que haya cubierto al Asegurado por más tiempo.

CLÁUSULA NO. 27 CESIÓN

Esta Póliza no podrá ser cedida en garantía a terceras personas, considerando que el fin de la misma es la protección del propio asegurado y su familia.

CLÁUSULA NO. 28 ACEPTACIÓN DE ASEGURADOS

Las personas aceptables para seguro bajo esta póliza, que serán las inscritas en la que forma parte de ésta, podrán ser aseguradas desde la fecha de vigencia de la misma.

Para que un miembro pueda ser inscrito en la Solicitud para ser ingresado en el Seguro de Gastos Médicos Hospitalarios, deberá: a) Pertenecer a un mismo grupo o empresa que conste por lo menos de quince (15) personas que se denominará grupo asegurable; b) Que se asegure el 80% cuando menos, siempre que este porcentaje no sea inferior a 15 personas; c) Haber cumplido por lo menos la edad de quince (15) años; d) Dar su consentimiento dentro de los treinta (30) días, contados a partir de la fecha de haber ingresado al grupo asegurable; tratándose de miembros que no hayan alcanzado la mayoría de edad, se requerirá además de su consentimiento personal, el de su representante legal; e) Dará al Contratante la parte de la prima que pudiere corresponderles; f) Figurar en el formulario de la Relación de Asegurados.

Los miembros que han ingresado al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato, quedarán asegurados desde el momento en que hayan adquirido las características para formar parte del grupo asegurado, ya sea en la razón de devengos, ya sea según la categoría o actividad, siempre que den su consentimiento dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber adquirido dichas características.

Cuando se trate de miembros del grupo asegurable que no se aseguraron en el momento de la celebración del contrato, o cuando tratándose de miembros de nuevo ingreso, éstos no hubieren dado su consentimiento dentro de esos treinta (30) días, el solicitante queda obligado a presentar pruebas de asegurabilidad a entera satisfacción y sin costo alguno para la Compañía. El seguro no comenzará a surtir efectos hasta cuando la Compañía haya aceptado como buenas dichas pruebas. La persona a quien se hubiere exigido la presentación de pruebas de asegurabilidad y que causare baja en el grupo antes de que las mismas hayan sido aceptadas, quedará obligada a cumplir con este requisito en el caso de que volviera a reingresar.

En todo caso, la inscripción se hará previa solicitud escrita hecha en un modelo proporcionado por la Compañía.

CLÁUSULA NO. 29 COMPAÑÍAS SUBSIDIARIAS O AFILIADAS

Para todos los efectos de la Póliza, se considerarán empleados del Contratante, los de las Compañías, Corporaciones, Firmas, Subsidiarias o Afiliadas con él detallados en las Condiciones Especiales.

A solicitud del Contratante se pueden agregar nuevas Compañías Subsidiarias o Afiliadas y esté queda obligado a comunicar por escrito la separación de cualquiera de ellas. No estarán asegurados los empleados de Compañías no inscritas en ésta Póliza.

CLÁUSULA NO. 30 CÓMPUTO DE PRIMAS

Durante el primer (1) año de vigencia, la prima correspondiente al grupo se calculará a base de la Tarifa de primas vigente, cuyo detalle figura en la Relación de Asegurados. Al final de este período, así como de cada uno de los años-póliza subsiguientes, la Compañía ajustará su Tarifa de primas vigente en tal oportunidad.

La prima estará formada por la suma de las primas parciales correspondientes a cada Asegurado, calculadas a base de la Tarifa de primas.

Si las primas son pagadas por año, semestres, trimestres o mensual, se hará sobre ellas los ajustes necesarios para los nuevos ingresos de asegurados, las bajas o cancelaciones de asegurados o los cambios que hubieren tenido lugar entre las fechas de vencimiento.

No es deber de la Compañía dar noticia de los vencimientos de primas, ni gestionar su cobro; si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de residencia del Contratante, esto no sentará precedente alguno de obligación.

La periodicidad de pago de primas convenida para esta póliza podrá ser cambiada en cualquier aniversario de la misma, mediante solicitud escrita del Contratante.

CLÁUSULA NO. 31 MONEDA

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que haya lugar por esta Póliza, serán liquidables en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria de la República de Honduras; las cuales y a solicitud del Contratante del seguro o Asegurado podrán ser pactadas en US Dólares.

CLÁUSULA NO. 32 CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía expedirá Certificados individuales de Seguro a cada uno de los asegurados en esta póliza, en los que se hará constar la suma asegurada para cada uno, los beneficiarios y las Condiciones Especiales que le conciernan personalmente. Estos Certificados formarán parte de esta póliza.

En caso de que la suma asegurada inscrita en el Registro sea distinta a la que figura en el Certificado individual, si tal diferencia se descubre con posterioridad a la muerte del Asegurado, La Compañía pagará la suma asegurada mayor. Si la diferencia se descubre antes, La Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, modificará la inscripción en el registro y sustituirá el Certificado correspondiente.

CLAUSULA No. 33 ENDOSO DE EXCLUSION LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal Nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLAUSULA No. 34 NORMAS SUPLETORIAS

En lo previsto en el presente en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.