

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD PRIMARIA INTEGRAL****GASTOS MÉDICOS MENORES****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 1: COBERTURA**

**La Aseguradora, durante la vigencia de la póliza, cubrirá en su Red de Prestadores los siguientes servicios médicos, sujetos a las cantidades máximas, copagos y períodos de carencia según se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza:**

**1. Consulta Médica**

**Se cubre la consulta médica de un médico general o un médico especialista que esté incluido en el listado de “Especialidades Cubiertas” según se expresa el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza. El límite de cantidad de consultas y el copago a cargo del Asegurado por cada consulta aparecen en las Condiciones Particulares de la póliza.**

**2. Exámenes de Laboratorio**

**Se cubren los exámenes de laboratorio que sean solicitados por un médico para el diagnóstico de un padecimiento, siempre que éstos estén incluidos en el listado de “Exámenes de Laboratorio Cubiertos” según se expresa en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.**

**3. Rayos X**

**Se cubren los Rayos X que sean solicitados por un médico para el diagnóstico de un padecimiento cubierto.**





#### 4. Ultrasonido

Se cubren las imágenes de Ultrasonido que sean solicitados por un médico para el diagnóstico de un padecimiento cubierto.

#### 5. Pruebas Diagnósticas Especiales

Los prestadores realizarán las Pruebas Diagnósticas Especiales que sean solicitadas por un médico para el diagnóstico de un padecimiento cubierto siempre que éstas estén incluidas en el listado de “Pruebas Diagnósticas Especiales Cubiertas” según se expresa en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

#### 6. Vacunas

Se cubren las vacunas solicitadas siempre que éstas estén incluidas en el listado de “Vacunas Cubiertas” según se expresa en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y el paciente haya satisfecho los requisitos necesarios para la aplicación de tal vacuna.

#### 7. Urgencia Médica

Se cubren los gastos médicos por atención en el Cuarto de Urgencia, únicamente por los siguientes casos:

**Urgencia por accidente:** Atención únicamente por heridas sufridas accidentalmente dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas.

**Urgencia por enfermedad:** Solamente se cubrirán Urgencias por Enfermedad en los siguientes casos, siempre y cuando se brinde la atención dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas:

- 1) Cuadros clínicos severos que afecten los sistemas respiratorio, circulatorio, urológico o gastrointestinal;
- 2) Convulsiones;
- 3) Deshidratación severa;
- 5) Reacciones alérgicas agudas; o
- 6) Intoxicación severa.



Estas atenciones en Cuarto de Urgencias en la República de Honduras se cubrirán de acuerdo con los límites máximos establecidos en el Cuadro de Beneficios. Cualquiera otra atención médica diferente a las mencionadas en este punto, no será considerada una urgencia a efectos de esta



póliza. Se cubrirá como urgencia la primera atención médica dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas o del accidente. Las atenciones posteriores por un mismo diagnóstico dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas o del accidente no serán consideradas como urgencia y no serán cubiertas por esta póliza. Las urgencias en el extranjero no tienen cobertura.

#### **8. Ambulancia por Urgencia Médica**

La Aseguradora cubrirá el transporte terrestre de urgencia, limitado a viajes de traslado hacia un hospital cuando éstos sean necesarios para tratar una urgencia médica cubierta por esta Póliza y sea únicamente solo a nivel nacional.

Los servicios previstos en estas coberturas se realizarán únicamente por Prestadores inscritos en la Red de Proveedores Autorizados por la Aseguradora.

En caso de que los servicios no estén disponibles en la red de proveedores, la Aseguradora podrá autorizar por escrito la cobertura fuera de la red y reembolsará los gastos del servicio cubierto sujeto a las condiciones de esta póliza. Los gastos médicos fuera de la red que no hayan sido expresamente autorizados por la Aseguradora no tendrán cobertura.

---

## **CLÁUSULA 2: EXCLUSIONES**

---

Esta póliza no cubre los servicios que tengan origen o estén relacionados con algunas de las siguientes causas:

- a) Hospitalizaciones.
- b) Cirugías.
- c) Medicinas y procedimientos que exijan hospitalización o atención domiciliaria.
- d) Procedimientos prestados por instituciones y médicos no adscritos a la Red de Prestadores, excepto cuando haya sido autorizado por la Aseguradora.
- e) Cualquier tratamiento o beneficio de la póliza ocurrido durante el período de carencia de la cobertura afectada.
- f) Prestaciones o gastos no autorizados expresamente.
- g) Aparatos de prótesis, su implantación y restauración.





- h) Enfermedades o trastornos mentales, incluyendo ansiedad, depresión, estrés o cualquier otro tipo de padecimiento mental que requiera el tratamiento de un psicólogo o psiquiatra.
- i) Epidemias oficialmente declaradas.
- j) Fuera del Territorio de la República de Honduras.
- k) Cuando sean a consecuencia o correspondan a complicaciones de:
  - Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
  - Desorden civil, manifestación, huelga, motín sean que éstos declarados o no.
  - Fusión y fisión nuclear, y/o inundación, terremoto, erupción volcánica, huracán, vendaval, ciclón, tornado.

## **GASTOS MÉDICOS EXCLUIDOS DEL SEGURO, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO**

### **Medicamentos Recetados**

Este beneficio, cuando sea incluido en las Condiciones Particulares de la Póliza, cubre los medicamentos recetados por un Médico de la Red que sean requeridos para el tratamiento de un padecimiento cubierto por la póliza, sujeto al límite y porcentaje de cobertura indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares. Este beneficio funcionará bajo la modalidad de reembolso. La cantidad máxima en meses de medicamentos por año póliza será la que se indique en el Cuadro de Beneficios. No se cubren medicinas adquiridas en el exterior ni medicinas que no tengan un registro ante la entidad competente.

En ningún caso, para la cobertura de Medicamentos Recetados, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

1. Medicamentos surtidos en farmacias que no pertenezcan a la red de proveedores, excepto cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento de una urgencia médica, según lo definido en la Póliza, siempre y cuando la urgencia médica sea cubierta por la Póliza.
2. Medicamentos de venta libre.
3. Medicamentos en fase de investigación o experimentales.
4. Vitaminas, minerales, suplementos nutricionales o dietéticos, sin importar la prescripción médica, excepto vitaminas prenatales y vitaminas con fluoruro para niños cuando sean prescritos por un Médico de la red.





5. Medicamentos para la reducción de peso, incluyendo supresores de apetito.
6. Medicamentos anticonceptivos, así como ungüentos, espumas, jaleas, condones, medicinas de implantación, dispositivos y diafragmas.
7. Medicamentos o productos cuyo objetivo sea combatir la adicción al tabaco, drogas o alcohol.
8. Productos cosméticos, de belleza u otros que se utilicen para retardar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel, así como medicinas utilizadas para el tratamiento de la calvicie.
9. Medicamentos para aumentar el desempeño atlético y/o para el tratamiento de disfunción sexual.
10. Medicamentos prescritos que requieran ser reemplazados por haber sido perdidos o dañados.
11. Medicamentos para tratamientos y procedimientos que no estén cubiertos por esta Póliza.
12. Medicamentos que no estén en el listado de medicamentos de la Aseguradora.
13. Medicamentos adquiridos en el extranjero.
14. La aplicación de medicamentos.

---

### CLÁUSULA 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

---

El contrato de seguro queda constituido por las declaraciones del Contratante y/o Asegurado proporcionadas por escrito a la Aseguradora, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la solicitud de inscripción de Asegurados, los endosos que lleve anexos y el registro de Asegurados constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Aseguradora. Este contrato estará vigente durante el periodo pactado que aparece en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

La Aseguradora emitirá un carnet de seguro para cada Asegurado que sea inscrito, en el cual se harán constar los datos relativos al seguro. Los carnets serán entregados a los asegurados por intermedio del Contratante, pero no forman parte del contrato.

---

### CLÁUSULA 4: DEFINICIONES

---

Con el fin de interpretar las Condiciones Generales y Condiciones Particulares; estipuladas en esta Póliza a continuación se precisan las siguientes definiciones:





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

**ASEGURADO TITULAR:** Es la persona para la cual en primera instancia se solicita la cobertura y que pertenece a la colectividad asegurada o Grupo Asegurado y que ha sido aceptada por escrito por parte de la Aseguradora.

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

**BENEFICIARIO:** La persona que recibe los beneficios de las coberturas establecidas en esta póliza. Dada la naturaleza de las coberturas de esta póliza, el Beneficiario es el mismo Asegurado.

**CANTIDAD MÁXIMA ANUAL:** Cantidad de servicios máximos que se prestarán con respecto a un Asegurado por año de póliza.

**COLECTIVIDAD ASEGURADA O GRUPO ASEGURADO:** Está constituido por todas las personas que reúnen todos los requisitos legales y de asegurabilidad amparados por este contrato.

Cuando la prima es no contributiva, es decir que los miembros del grupo no aportan para cubrir la prima, el Grupo Asegurado deberá estar formado por la totalidad del Grupo Asegurable.

Cuando la prima es contributiva debe asegurarse como mínimo el 75% del grupo asegurable para grupos menores de cincuenta (50) personas y 60% para grupos mayores a cincuenta (50) personas.

En ningún caso el Grupo Asegurado debe estar formado por menos de diez (10) personas, salvo convenio expreso con la Aseguradora.

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





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

**CONTRATANTE:** Es la persona natural o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su propia naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

**CONSULTAS MEDICAS:** Es la atención y tratamiento médico proporcionado en un Consultorio Médico o un Centro Hospitalario.

**COPAGO:** Cantidad previamente establecida que el Asegurado deberá pagar por un servicio específico que reciba. El Asegurado deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención o servicio. Un listado específico y detallado de los copagos a cubrir por el Asegurado aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**CUADRO DE BENEFICIOS:** Es el listado de servicios y procedimientos que forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza, donde se especifican en detalle todos los beneficios contratados por el Asegurado. El Cuadro de Beneficios contiene el monto máximo por beneficio, el correspondiente copago, coaseguro, deducible y limitaciones según sea aplicable.

**ENDOSO:** Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las Condiciones Generales del contrato, coberturas o algún elemento contractual. Lo estipulado en un endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

**EXÁMENES DE LABORATORIO:** Es la prueba efectuada en un laboratorio clínico a una persona en la que se analiza la bioquímica y se obtienen valores sobre su composición para que puedan ser utilizados con fines de diagnóstico.

**MÉDICO DE LA RED:** Profesional titulado y legalmente autorizado por el Colegio Médico o por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica para practicar y ejercer la medicina.





**PERÍODO DE COBERTURA:** El término "Período de Cobertura" se refiere al periodo entre la fecha inicial de cobertura individual y la fecha de vencimiento para cada Asegurado de este contrato;

**PERÍODO DE CARENIA:** Período de espera durante el cual los Asegurados no tienen derecho al servicio ofrecido en este seguro, el cual se encuentra definido en las Condiciones Particulares de la póliza. El período de carencia rige a partir de la fecha de inicio de la vigencia individual del Asegurado en la póliza o desde su rehabilitación de la póliza, extendiéndose por el lapso de tiempo señalado en las Condiciones Particulares.

**PRESTADOR:** Proveedor del Servicio Médico.

**PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo debe pagar el Contratante o Asegurado a la Aseguradora en virtud de la celebración del contrato.

**RAYOS X:** Son las imágenes del cuerpo generadas mediante la utilización de radiación electromagnética no invasiva utilizadas con fines de diagnóstico.

**RED DE PROVEEDORES O RED DE PRESTADORES:** Agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos que se detallan en las Condiciones Particulares y que se han comprometido a prestarle servicios al Asegurado en los lugares indicados.

**SINIESTRO:** La prestación de un servicio cubierto por la póliza según el Cuadro de Beneficios indicado en las Condiciones Particulares del Plan Contratado.

**SOLICITUD:** Se refiere a la forma emitida por la Aseguradora, la cual debe ser debidamente completada, firmada y fechada por cada uno de los solicitantes (o por los representantes legales en casos de menores) y debe ser acompañada de todos los documentos pertinentes a la información necesaria para la evaluación.

**ULTRASONIDOS:** Son las imágenes del cuerpo generadas mediante la utilización de ondas sonoras de alta frecuencia utilizadas con fines de diagnóstico.





**VACUNAS:** Es un preparado de antígenos que una vez dentro del organismo provoca la producción de anticuerpos y con ello una respuesta de defensa ante microorganismos patógenos como bacterias o virus.

---

## **CLÁUSULA 5: LIMITES DE RESPONSABILIDAD**

---

La Aseguradora cubrirá el costo de los servicios médicos sujeto al límite específico del padecimiento y/o gastos según se indique en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares, descontando las cantidades a su cargo por concepto de deducible, copago y/o coaseguro y sujeto a la suma asegurada establecida en el cuadro de beneficios.

---

## **CLÁUSULA 6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS**

---

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

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

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

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

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





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

#### **Exención de obligaciones de la Aseguradora**

La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones por cada reclamo presentado:

- 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

---

#### **CLÁUSULA 7: PAGO DE PRIMA**

---

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

La prima que debe pagarse por los beneficios proporcionados por esta Póliza se determinará 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 con lo estipulado en el párrafo anterior. La Aseguradora, podrá variar dichas primas en cualquier momento en que se modifique alguna de las coberturas o endosos, debiendo de informar este hecho al Contratante.

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 esta coincide con la fecha de vencimiento de primas, si no, en la fecha subsiguiente de vencimiento de primas.





---

**CLÁUSULA 8: VIGENCIA**

---

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

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.

Pasado este periodo la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias antes de aceptar la inclusión de uno o más miembros o de cualquier modificación.

Cuando un Asegurado contraiga matrimonio (legal o de hecho) o en caso de que nazca un hijo, la solicitud de ingreso de estos nuevos familiares deberá hacerse dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a tal acontecimiento, acompañando el formulario de inscripción de familiar dependiente, la declaración de salud y acta de nacimiento y debe esperar la aceptación de la Aseguradora.

Las solicitudes de inscripción presentadas fuera del plazo arriba indicado, la Aseguradora tendrá la potestad de aceptar o rechazar la inscripción en el registro de asegurados de los familiares dependientes. Cualquier inscripción posterior a la fecha de emisión de la presente Póliza, surtirá efecto a partir de la fecha de aceptación que la Aseguradora notifique por escrito al Contratante.

---

**CLÁUSULA 9: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**

---

Son obligaciones del contratante las siguientes:

- Adjuntar en formato electrónico, los datos generales de los Asegurados.
- Recaudar de las personas del Grupo Asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- Pagar a la Aseguradora la prima total.
- Informar por escrito a la Aseguradora:
  1. El ingreso al Grupo Asegurado de nuevas personas adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la Aseguradora.
  2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del Grupo Asegurado.
  3. La terminación de su calidad como Contratante.





- Dar a conocer a las personas que se van a asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- Entregar el Carnet de Seguros a cada persona del Grupo Asegurado.
- Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al Asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por la Aseguradora.

---

#### **CLÁUSULA 10: PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE**

---

Son prohibiciones del Contratante las siguientes:

- Presentar información falsa de los Asegurados a la Aseguradora.
- Efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por la Aseguradora.
- No pagar en su debido momento a la Aseguradora la cantidad de la prima con la que contribuye el Grupo Asegurado.
- Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Aseguradora y que pertenecen al Asegurado o a sus beneficiarios.

---

#### **CLÁUSULA 11: AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

---

El Contratante y/o el Asegurado Titular serán responsables de dar aviso a la Aseguradora acerca de las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el seguro en curso, tales como, pero sin limitarse a cambios de actividad del Asegurado Titular o Dependientes Económicos amparados bajo la póliza. Si el Asegurado Titular y/o el Contratante omiten dar el aviso dentro del término de treinta (30) días, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora.

---

#### **CLÁUSULA 12: AVISO DEL SINIESTRO**

---

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

Salvo disposición contraria en el Código de Comercio, o en la ley orgánica respectiva, el Asegurado o el Beneficiario gozará de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso. La falta de éste permitirá disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente; si la





omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del siniestro, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones como tal.

La Aseguradora tendrá derecho a:

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

### **Procedimiento en caso de Siniestro**

En caso de producirse un hecho que dé lugar al pago de algún beneficio otorgado por esta Póliza, el Asegurado se obliga a:

Rendir a la Aseguradora todas las informaciones que ésta requiera en relación con el siniestro, así como concederle autorización para obtenerlas de otras fuentes médicas. La Aseguradora queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias en los registros del Contratante y/o Asegurado y solicitar informes de los terceros que hayan prestado sus servicios médico-hospitalarios.

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

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

---

### **CLÁUSULA 13: ACCESO A LOS SERVICIOS CUBIERTOS**

---

En el momento que el Asegurado requiera algún tipo de servicio médico, podrá consultar con la Aseguradora las condiciones de la cobertura de acuerdo al Cuadro de Beneficios del Plan Contratado y cuáles son los prestadores habilitados para prestar tal servicio.





El Asegurado podrá asistir directamente a cualquiera de los centros indicados en la Red de Proveedores del Plan Contratado, dónde se le indicará la disponibilidad del servicio requerido y las condiciones de cobertura de acuerdo al Cuadro de Beneficios del Plan Contratado.

---

#### **CLÁUSULA 14: SERVICIO INDISPONIBLE E INDEMNIZACIÓN**

---

Cuando el Asegurado solicite un servicio cubierto según las definiciones del Plan Contratado y éste se encuentre indisponible para la fecha solicitada en el prestador seleccionado, el Asegurado podrá seleccionar otra fecha en que el servicio tenga disponibilidad u otro Prestador de la Red Autorizada en el que el servicio se encuentre disponible para la fecha solicitada.

La Aseguradora no está obligada al reembolso de gastos en forma monetaria, excepto cuando la atención de un servicio fuera de la red sea expresamente autorizada. En caso de indemnización, el Asegurado deberá presentar:

- a. El número de autorización de gasto extraordinario otorgado por la Aseguradora.
- b. Certificado de tratamiento firmado por prestador, indicando la enfermedad o dolencia diagnosticada.
- c. Las facturas originales relacionadas con el servicio cuyo reembolso se reclama.

Con todo, la Aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

Una vez satisfecha la documentación requerida, la Aseguradora procederá con el pago del siniestro.

---

#### **CLÁUSULA 15: CONDICIÓN DE RESPONSABILIDAD**

---

La Aseguradora no asume responsabilidad técnica ni profesional por los tratamientos realizados por la Red de Prestadores, sus médicos e instituciones que hacen parte de su red de servicios.





**CLÁUSULA 16: TERMINACIÓN ANTICIPADA**

El Contratante podrá dar por terminado el presente Contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a la Aseguradora, dentro de los quince (15) días previos a la fecha en que cesará el Contrato. La Aseguradora 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, de conformidad con la Tabla para Seguros de Corto Plazo. En caso de existir algún siniestro ocurrido durante la vigencia de la póliza no habrá devolución de primas al Asegurado.

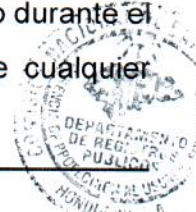
Si la cancelación fuere debida a la sustitución de la presente Póliza por otra de esta Aseguradora, la prima no devengada se calculará a prorrata y será aplicada al pago de la prima correspondiente a la nueva Póliza.

**Cancelación de Cobertura**

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

- a. Cuando la relación de trabajo o dependencia de cualquier miembro del Grupo Asegurado con el Contratante finaliza, ya sea, por muerte, despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia y jubilación;
- b. Cuando un Asegurado pierda la calidad de dependiente del Asegurado Titular, de acuerdo a las definiciones de estas Condiciones.
- d. Cuando un Asegurado solicite su exclusión del Seguro.
- e. En caso de que no se haga oportunamente el pago de la prima correspondiente, cumpliendo con lo establecido en el Artículo 1249 del Código de Comercio.
- f. Por omisiones, declaraciones inexactas o declaraciones falsas debidamente comprobadas.
- g. Cuando cumpla la edad máxima de permanencia dentro del Grupo Asegurado.
- h. Cuando el Asegurado Titular de la póliza dejara de ser elegible.
- i. Modificación del riesgo u ocupación de forma que no sea aceptable para la Aseguradora o las nuevas condiciones no sean aceptadas por el Asegurado.
- j. Por cualquier causa debidamente justificada por la Aseguradora según los casos previstos por la Ley.

Una vez terminado el seguro, el Asegurado cuenta con un período máximo de treinta (30) días calendario, para presentar a la Aseguradora los documentos de gastos elegibles para reembolso incurrido durante el período de cobertura, sino la presentare en este plazo la Aseguradora estará exenta de cualquier responsabilidad.





**TABLA PARA SEGUROS DE CORTO PLAZO**

Tiempo en que estuvo en vigor la Póliza	% (Porcentaje) de Devolución sobre la Prima Anual
1 (Un) mes	70
2 (Dos) meses	60
3 (Tres) meses	50
4 (Cuatro) meses	40
5 (Cinco) meses	30
6 (Seis) meses	20
7 (Siete) meses	15
8 (Ocho) meses	10
9 (Nueve) meses	5

**CLÁUSULA 17: RENOVACIÓN**

El periodo de vigencia de esta póliza vencerá automáticamente al mediodía de la fecha de vencimiento expresada. Podrá ser prorrogada a petición del Asegurado, pero tal prórroga deberá constar en un documento firmado por la Aseguradora y se registrará bajo las condiciones consignadas en el mismo documento.

Salvo pacto expreso en contrario, la solicitud de renovación no procederá si la edad alcanzada del Asegurado titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

La Aseguradora aplicará las condiciones de cobertura vigente, asimismo el incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable.

La renovación podrá hacerse mientras el grupo se encuentre integrado por el número requerido para la formación de la Colectividad Asegurada o Grupo Asegurado.

**CLÁUSULA 18: PRESCRIPCIÓN**

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



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

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

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores. Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 1133 Código de Comercio.

---

#### **CLÁUSULA 19: CONTROVERSIAS**

---

Cualquier controversia o conflicto entre la Aseguradora y el Asegurado sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación 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 20: COMUNICACIONES**

---

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

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





---

**CLÁUSULA 21: TERRITORIALIDAD**

---

La presente Póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de la República de Honduras.

---

**CLÁUSULA 22: EDAD**

---

La Aseguradora establece para este seguro una edad mínima y máxima de admisión, estableciendo así un rango de edad en que según los criterios de riesgo de la Aseguradora la persona puede contratar el seguro. Podrán ingresar a la póliza aquellos Asegurados que tengan entre quince (15) y setenta (70) años de edad cumplidos y satisfagan los demás requisitos de asegurabilidad establecidos por política de la Aseguradora.

La Aseguradora también establece una edad de permanencia en la póliza, es decir, la edad máxima en que la Aseguradora renovará el seguro sujeto a las demás condiciones de renovación aplicables. La edad máxima de permanencia en este seguro es la indicada en el Cuadro de Beneficio de las Condiciones Particulares. Luego de esta edad la póliza no se renovará y en caso de que le sean cobradas primas luego de esta edad la Aseguradora solo está obligada a devolver el 100% de las primas cobradas.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y la prima pagada fuese inferior a la que corresponde realmente, la responsabilidad de la Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima correcta. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

Si por error o dolo del Contratante o del Afiliado, se inscribiere en el Grupo Asegurado a individuos mayores de setenta (70) años, esta inscripción no tendrá validez quedando obligada la Aseguradora únicamente a devolver las primas cobradas por la misma.

No obstante, lo anterior, se procederá de acuerdo a lo estipulado en los Artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

**Aceptación de los Asegurados**

Para tener derecho a la cobertura bajo el presente contrato, un Asegurado o miembro familiar debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser residente permanente en Honduras.





- Cumplir con los requisitos de edad establecidos en el presente Contrato.
- No permanecer fuera de Honduras más de tres (3) meses ininterrumpidamente.
- Cualquier Asegurado que se retire de este seguro, sólo podrá ser incluido de nuevo, transcurrido un (1) año de la fecha de su retiro, quedando a opción de la Aseguradora, exigir las pruebas de asegurabilidad que considere necesario.

---

### CLÁUSULA 23: PERÍODO DE GRACIA

---

En el caso de renovaciones, el Contratante y/o el Asegurado tendrá un plazo de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima. Dentro de este plazo la cobertura se mantendrá vigente, sujeto al pago de la prima durante el periodo de gracia.

Si al terminar el periodo de gracia la prima vencida no ha sido pagada o no han sido presentados los recibos de la prima reclamada, esta caducará sin necesidad de aviso o declaración especial. Los efectos del Contrato cesarán en forma retroactiva automáticamente a las 12:00 horas de la fecha de vencimiento en que la prima debió haber sido pagada.

---

### CLÁUSULA 24: DISPOSICIONES GENERALES

---

**1. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD:** La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias antes de aceptar la inclusión de uno o más miembros, o de cualquier modificación; así también queda facultada para solicitar, en caso de siniestro cubierto por esta Póliza, los informes médicos, o practicar los exámenes que juzgue convenientes. Si el Contratante, el Asegurado o dependiente de éste se prestare a impedir que la Aseguradora ejerza tales derechos, ésta puede declinar la inscripción del miembro que se ha solicitado asegurar o denegar la cobertura del seguro.

**2. REGISTRO DE ASEGURADOS:** Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Aseguradora elaborará un Registro de Asegurados para el período de seguro en curso, que contendrá:

- Número de póliza.
- Nombre y edad de los Asegurados.
- Fecha de inicio y terminación del seguro de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada o Grupo Asegurado.





- Monto de la suma asegurada y prima que le corresponda a cada Asegurado.

En el registro se anotarán todos los movimientos que haya en el Grupo Asegurado de acuerdo con lo previsto en las Condiciones Generales del Contrato.

Una copia autorizada de este registro será entregada al Contratante por la Aseguradora.

El Contratante deberá reportar por escrito a la Aseguradora en los formularios proporcionados por ésta, los movimientos de altas y bajas, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que éstas ocurran.

- **Altas:** Los miembros que ingresen a la Colectividad Asegurada o Grupo Asegurado al inicio o posteriormente a la celebración del Contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a su ingreso quedarán asegurados, si están en servicio activo, desde el momento que adquieran las características para formar parte de la Colectividad Asegurada o Grupo Asegurado, inclusive y en su caso sus Dependientes Económicos.

La Aseguradora podrá exigir pruebas de asegurabilidad a los miembros de la Colectividad Asegurada o Grupo Asegurado que den su consentimiento después de treinta (30) días de haber adquirido el derecho para formar parte de la Colectividad Asegurada o Grupo Asegurado. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la Aseguradora. La Aseguradora al aceptar la inscripción de nuevos Asegurados, lo hará constar en endoso de inscripción que forma parte de la presente Póliza.

Para la inscripción de nuevos Asegurados la Aseguradora solicitará la fotocopia de la partida de nacimiento de cada hijo dependiente y fotocopia de la tarjeta de identidad del titular y su cónyuge, asimismo deberá detallarlo en la solicitud de inscripción.

- **Bajas:** Causarán bajas de esta Póliza, las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada o Grupo Asegurado, así como sus dependientes. La Aseguradora devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente al Asegurado y sus dependientes que han sido dados de baja, únicamente cuando éstos no hubiesen sido indemnizados por un siniestro. Los beneficios del seguro cesarán desde el momento de su separación, excepto los siniestros que se encuentren pendientes de pago, de acuerdo al período de cobertura.

**3. CARNET DE SEGUROS:** La Aseguradora emitirá un carnet de seguro por cada Asegurado que sea inscrito, en el cual se harán constar los datos relativos al seguro. Los carnets serán entregados a los



Asegurados por intermedio del Contratante, pero no forman parte de la póliza. Este carnet deberá ser devuelto a la Aseguradora cuando se dé por terminado el contrato de seguro, caso contrario el Contratante correrá con la responsabilidad legal que hubiere en caso de que dicho carnet sea utilizado sin respaldo del contrato que le dio origen.

El Contratante a su vez, será responsable de que el Asegurado cumpla con el pago de su deducible y coaseguro respectivo, así como de cualquier otro gasto no cubierto por la Póliza y que fuere cancelado por la Aseguradora en virtud del contrato establecido con proveedores de servicios médicos. El Contratante se responsabilizará de obtener el carnet de identificación del Asegurado a la terminación del seguro de éste y de reportarlo de inmediato a la Aseguradora.

**4. CAMBIO DE CONTRATANTE:** Si el Contratante indicado en las condiciones particulares de la Póliza fuere sustituido por otro, deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución; y si ésta la acepta lo hará constar en endoso que forme parte de la Póliza. En caso contrario, la Aseguradora tendrá acción para dar por terminado el contrato y devolverá la prima no devengada.

**5. MONEDA:** Todos los pagos relativos a este contrato ya sea por parte del Contratante o de la Aseguradora se efectuarán en lempiras, moneda de curso legal de la República de Honduras.

#### **CLÁUSULA 25: 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 26: NORMAS SUPLETORIAS**

---

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

