

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

COBERTURA BÁSICA:

La Compañía reconocerá al Asegurado o a cualquiera de sus familiares dependientes elegibles, los gastos médicos en que incurran a consecuencia de enfermedades o accidentes amparados en la póliza y que adelante se mencionan con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la póliza y Anexos, si los hubiere, mientras se encuentre formando parte del Grupo Asegurado.

a) Gastos por suministros de hospital:

- 1. Gasto diario por cuarto y alimentos: la cantidad que le cobre el hospital, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, sin exceder de trescientos sesenta y cinco (365) días por cada período de incapacidad.**
- 2. Derecho al uso de sala de emergencias, sala de operaciones, cuidados intensivos y ambulancia.**
- 3. Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, suministrados dentro del hospital.**
- 4. Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.**
- 5. Gastos por consumo de oxígeno, terapia de inhalación, transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares.**
- 6. Gastos por alquiler de: silla de ruedas, cama especial de hospital, pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratorias.**

b) Gastos y honorarios por tratamiento médico suministrado por un médico autorizado legalmente para ejercer la medicina, sujetando dichos gastos al arancel vigente.

c) Gastos y honorarios por procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano autorizado legalmente, sujetando dichos gastos al arancel vigente.

d) Los gastos de anestesia y honorarios de anesthesiólogo autorizados legalmente para ejercer la profesión, sujetando dichos gastos al arancel vigente.

e) Gastos y honorarios por atención suministrada por enfermeras(os), de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados.

f) Gastos y honorarios por procedimientos suministrados por un radiólogo, indicado por un médico.

g) Gastos y honorarios por tratamientos suministrados por un fisioterapeuta, remitido por un médico especialista en el ramo.

- h) Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente adquiridos fuera del hospital siempre que sean prescritos por un médico y suministrados por un farmacéutico autorizado para ello.**
- i) Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía, electromiografía, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios de velocidad de neuro-conducción o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza, sin que los reconocimientos de estos gastos representen obligación para la Compañía en caso de diagnosticar una enfermedad excluida por la misma.**
- j) Gastos por alquiler de oxígeno, terapia de inhalación, sueros u otras sustancias similares.**
- k) Los gastos de recién nacido serán elegibles después de los diez (10) días de su nacimiento.**
- l) Gastos por tratamientos de una enfermedad o cirugía de los dientes o tejidos adyacentes practicados por un dentista u otra persona profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de ciento ochenta (180) días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.**
- m) Gastos por cirugía plástica reconstructiva practicado por un profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro, del ciento ochenta (180) días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.**
- n) Gastos por trasplante de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.**
- o) Beneficio de maternidad sujeto a las siguientes condiciones:**
 - 1. El reembolso por los gastos de maternidad quedarán sujetos al arancel específico por esta cobertura.**
 - 2. El beneficio de maternidad queda amparado siempre y cuando el embarazo se origine seis (6) meses posteriores al inicio de cobertura de la póliza. Dicho beneficio ampara únicamente a la asegurada principal y a la conyugue del asegurado.**
 - 3. Queda entendido y convenido que los gastos por el recién nacido sano (sala cuna y control de pediatría) no serán cubiertos bajo el beneficio de maternidad, a excepción de lo mencionado en los gastos cubiertos.**

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES

La presente póliza en ninguna forma cubre los siguientes gastos, aun cuando resulten a consecuencia de una enfermedad o accidente:

- a) Reconocimientos médicos y chequeos generales que no se relacionan ni sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad.**
- b) Gastos por exámenes de rutina de ojos, oídos, servicios del optometrista y las refracciones oculares como: tratamiento quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismos, queratotomía radial y queratoplastía para queratoconos. Los anteojos, lentes de contacto, así como sus respectivas pruebas de ajuste. Aparatos para corrección de problemas auditivos.**

- c) Tratamiento dental y la Disfunción Temporo-Mandibular, excepto el originado por causas accidentales, contempladas en la Cláusula 1 Cobertura, literal "I"- de estas Condiciones Generales, salvo que se pague la prima por la cobertura adicional de plan dental y conste en las Condiciones Particulares de la Póliza.**
- d) Gastos por lesiones a sí mismo mientras esté o no en uso de sus facultades mentales.**
- e) Tratamiento, asesoramiento, internamiento por ingestión de bebidas alcohólicas, drogas, o cualquier otro tipo de estupefaciente; consecuencia de alcoholismo o drogadicción.**
- f) Lesiones o enfermedades causadas por fenómenos sísmicos, actos de guerra (Sea está declarada o no) o de conmoción civil, insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política en general, riñas, peleas o duelos en los que el individuo asegurado haya participado, voluntaria o involuntariamente, o en la que sea una mera víctima casual.**
- g) Gastos por accidentes originados por la práctica de deportes peligrosos tales como: Pesca en alta mar, rodeo, Rugby, Boxeo, Lucha Libre, Buceo, Montañismo, Motocross, Alpinismo, Artes Marciales, Esquí de cualquier tipo, Cacería, Rafting, Canopy, salto de caída libre, deportes aéreos, y cualquier otro deporte o actividad peligrosa.**
- h) Gastos por objetos para el confort personal, tales como aparatos de radio, televisión, internet o servicios de peluquería o belleza.**
- i) Gastos de embarazo, incluyendo el resultado del parto, mal parto o aborto, y embarazo ectópico salvo que se pague la prima adicional por esta cobertura, y que se haga constar en las Condiciones y en el cuadro de beneficios que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- j) Cualquier suministro, servicio o cirugía proporcionado en relación al control de peso o el tratamiento de la obesidad y calvicie.**
- k) Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para disfunción sexual, impotencia o insuficiencias sexuales o transformación sexual. Cualquier complicación, consecuencia y/o secuela tratada con el medicamento Sineldafil (VIAGRA) o cualquier otro medicamento genérico o similar a éste.**
- l) Gastos incurridos para el diagnóstico, tratamiento o procedimiento de infertilidad, esterilidad, control de natalidad y otros gastos relacionados con el tratamiento de la fecundación In Vitro y sus complicaciones y otros similares.**
- m) Gastos por tratamiento de Síndrome de Deficiencia de la Hormona de Crecimiento y Tratamiento de reemplazo hormonal por menopausia.**
- n) Gastos ocasionados por enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales y estrés en los que se requiera servicios de psiquiatría o psicología profesional como paciente externo, salvo que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- o) Pruebas para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, déficit de atención, autismo, retraso psicomotor, orientación matrimonial, retraso del lenguaje, Hiperkinesia o hiperactivismo.**
- p) Tratamientos y exámenes practicados por podiatras, quiroprácticos, homeópatas, acupunturistas, naturistas, medicina holística y terapia celular.**
- q) Suplementos alimenticios y vitaminas, excepto cuando sean necesarias para el tratamiento de una enfermedad o estén indicados en la Cobertura de Control de Niño Sano.**

- r) Tratamiento por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones salvo que pague la prima adicional por ésta cobertura y que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- s) Los padecimientos congénitos de cualquier naturaleza salvo que pague la prima adicional por ésta cobertura y que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- t) Tratamientos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno bien sea estatal, provincial, municipal, o cualquier sub-dirección política de éstos o en caso de reclusión en hospital en el cual no se le exija pagar por cualquier servicio o asistencia médica.
- u) Tratamientos cosméticos (Incluyendo melasma y cloasma) y de Cirugía plástica, excepto en lo estipulado en la Cláusula Uno (1) Coberturas literal "M" de estas condiciones generales.
- v) La Compañía no asume ninguna responsabilidad por gastos ocasionados por enfermedades o accidentes para los cónyuges de los asegurados por los cuales exista responsabilidad patronal.
- w) Las enfermedades crónicas degenerativas y los padecimientos preexistentes serán limitados al periodo de espera que aparece indicado en el cuadro de beneficios de la presente póliza, contado a partir de la fecha de iniciación, rehabilitación, aumento o cambio de beneficios de la cobertura de cada asegurado o familiar dependiente.
- x) No se cubrirán los tratamientos médicos, procedimientos quirúrgicos y suministros proporcionados al asegurado o familiar dependiente por médicos, enfermeros, fisioterapeutas y anesthesiólogos que se encuentren comprendidos con estos dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.
- y) Aislamiento, curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o periodos de cuarentena.

CLÁUSULA No.3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro queda constituido por la Solicitud de Seguro del Contratante, la Solicitud de Seguro de Inscripción de los asegurados y las declaraciones de éstos, por las Condiciones Generales y Condiciones Particulares contenidas en la presente póliza, y por los endosos y anexos adheridos a la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA No.4 DEFINICIONES

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

1. **ACCIDENTE:** Se considerará accidente cubierto, aquel que produzca al asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (incluyéndose en esta definición las lesiones provocadas por inmersión), siempre que sean producidas por la acción directa o violenta de causas externas o fortuitas.
2. **ASEGURADO:** Es la persona ha sido aceptada por la Compañía para ser cubierta por la Póliza.

3. **CLÍNICA:** Es todo establecimiento privado establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, que cuenta con el equipo y el personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento ambulatorio que el asegurado necesite y que no consta de servicio de internamiento.
4. **COASEGURO:** Es el porcentaje que se establece en las condiciones especiales de esta póliza a cargo de cada asegurado y cada familiar dependiente después de haber sido aplicado el deducible correspondiente.
5. **COMISIÓN:** La Comisión Nacional de Bancos y Seguros creada mediante Decreto Legislativo No.155-95 del 10 de noviembre de 1995.
6. **COMPAÑÍA:** Se entiende por Seguros Crefisa, S.A., y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato.
7. **CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Compañía, se compromete que mediante el pago de prima trasfiere a la Compañía el riesgo de la pérdida de ingresos de cualquier de los empleados suscritos a la póliza como consecuencia de fallecimiento.
8. **DEDUCIBLE:** Es la cantidad que se establece en las condiciones especiales de esta póliza a cargo de cada asegurado y cada familiar dependiente por el conjunto de gastos incurridos durante el año póliza. Cuando en un mismo accidente resulten afectados dos o más miembros de un mismo grupo familiar, el deducible se aplicará una sola vez.
9. **DEPENDIENTES:** Se consideran dependientes, el cónyuge o en su defecto la persona con quien el asegurado vive en calidad de compañero o compañera permanente; así como los hijos solteros de un asegurado incluyendo hijastros o hijos adoptados.
10. **ENFERMEDAD:** Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.
11. **EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.
12. **EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:** Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Después de esta edad la cobertura se considera terminada automáticamente para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima respecto a la cobertura de la Póliza.
13. **ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVAS Y SUS TRATAMIENTOS:** Se consideran como tales las siguientes enfermedades independientemente de que sean o no preexistentes, hubieren sido declaradas o no: diabetes mellitus, hipertensión arterial y sus secuelas, isquemia cerebral transitoria, asma, rinitis alérgicas, bronquitis crónica, enfisema, enfermedades ácido pépticas, hepatopatías, cirrosis, artritis, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, o insuficiencias vasculares, insuficiencias cardíacas, renales o venosas, angina de pecho, colecistitis, litiasis renal, tumores benignos o malignos, leucemia, anemias, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, trastornos autoinmunes cualquier tratamiento quirúrgico relacionado con el aparato genital femenino (útero o sus anexos), Cistocele, Rectocele en todos sus grados, hemorroides, septoplastía y rinoseptoplastía no estéticas, amigdalectomías, adenoidectomías, circuncisión, prostatectomía, hallux valgus, valvulopatías, corrección de cifosis y escoliosis de la columna vertebral, pterygion, catarata, hernias de cualquier tipo, artroscopías de rodillas, menisectomías, Parkinson, Alzheimer y epilepsia.
14. **GRUPO ASEGURADO:** Está conformado por todos los empleados de la empresa y que tengan buen estado de salud.

- 15. HOSPITAL:** Es todo establecimiento privado establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, quirúrgicos y de emergencia, que cuente con el equipo, instalaciones físicas y el personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento que el asegurado necesite las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- 16. LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS:** Regula la creación, Organización, Funcionamiento, Fusión, Convención, Escisión, Liquidación y Supervisión de las Instituciones que realicen actividades u operaciones de Seguros y Reaseguros.
- 17. MONTO MÁXIMO VITALICIO:** Es la suma máxima a reembolsar por el conjunto de siniestros que pudiera presentar el asegurado mientras esté vigente la protección que otorga la cobertura de este seguro, debiéndosele aplicar a este valor los deducibles y coaseguros correspondientes establecidos en el cuadro de beneficios de esta póliza.
- Si un asegurado o familiar dependiente ha gastado por lo menos el setenta y cinco (75) % de su máximo vitalicio, puede restituirlo suministrando a la Compañía evidencia de asegurabilidad satisfactoria.
 - La Compañía se reserva el derecho de restituir o no el máximo vitalicio.
- 18. PORCENTAJE DE REEMBOLSO:** Es el porcentaje que se establece en las condiciones especiales de esta póliza, que en exceso del deducible estipulado, le será reembolsado al asegurado por los gastos médicos incurridos, sujeto a los pagos máximos vitalicios y a cualesquiera otras exclusiones o restricciones definidas en el presente contrato.
- 19. PADECIMIENTOS Y ENFERMEDADES DECLARADAS:** Aquellas que el asegurado ha mencionado en su declaración de salud al momento de suscribir el seguro.
- 20. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:** Se entiende como tales aquellas enfermedades, lesiones o condiciones de cada asegurado o familiar dependiente, que antes de la fecha de iniciación de la cobertura, aumento o cambio de beneficios:
- Fueron advertidas, consultadas, diagnosticadas o tratadas por un médico.
 - No pudieron pasar desapercibidos dada la evolución natural de la enfermedad, sus síntomas o sus signos.
- 21. PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra los riesgos contratados mediante el contrato.
- 22. RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Monto a reconocer por atención y servicios médicos, que no excede el nivel general de cargos por suministros o tratamientos iguales brindados en la misma localidad a individuos de iguales condiciones de riesgo y que se aplica a todos los cargos elegibles que no aparecen en los aranceles establecidos por la Compañía ni en los contratos negociados con los proveedores.
- 23. RESIDENCIA:** Para gozar de los beneficios de este Contrato los asegurados y familiares dependientes deberán de residir en cualquier lugar dentro del territorio de la República de Honduras, debiendo notificar a la Compañía por escrito en aquellos casos que se ausenten del país por más de treinta (30) días.
- 24. SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado y y/o sus familiares dependientes (gastos médicos) que, amparado por el presente seguro, obliga a la Compañía al pago por los reclamos de gastos médicos por enfermedad y accidente o a la prestación prevista en el contrato.

CLÁUSULA No.5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite de responsabilidad máxima en el Seguro Médico Hospitalario es el Monto de Máximo Vitalicio contratado por el Asegurado y cada uno de sus familiares dependientes, dicho valor se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA No.6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con la solicitud de seguro del asegurado, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas. Cualquier omisión, reticencia, disimulo, falsedad, ocultamiento e inexactitud en las manifestaciones hechas por el Asegurado eximirán a la Compañía de toda obligación respecto a éste seguro en cualquier momento que tenga conocimiento de la inexactitud, ocultamiento y reticencia. La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o reticencia.

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

Si el 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 de 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 sujeto, además, a lo dispuesto en el Código de Comercio.

CLÁUSULA No.7 PAGO DE PRIMA

Esta Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales; sin embargo, tanto la del primer (1) año como la de los años siguientes, pueden ser pagadas por semestres, trimestres o meses, siempre anticipadamente, de acuerdo con la tarifa que tenga en vigor la Compañía a la fecha de emisión de la Póliza.

La Compañía otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el Asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que expire el período de gracia, la Póliza y todas sus coberturas serán canceladas en la fecha original de vencimiento de la prima.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No. 84/01-11-2021.

Las primas deberán pagarse el día de su vencimiento o antes, y su pago deberá acreditarse por medio de recibo de la Compañía refrendado por la persona debidamente autorizada para ello. La Compañía no estará obligada a cobrar las primas en el domicilio del Asegurado, ni a dar aviso de su vencimiento, y si lo hiciere no sentará precedente alguno de obligación.

1) CALCULO DE PRIMA

La Compañía calculará la prima totalizando las primas individuales de cada asegurado, pudiéndose efectuar el pago global en forma anual, semestral, trimestral o mensual.

La prima individual será la que corresponda a la vida de cada Asegurado, de acuerdo con su riesgo, edad, ocupación y suma asegurada.

2) AJUSTES A LA PRIMA

Para los efectos de cobro o devolución de primas por el concepto de ingresos o egresos de Asegurados, respectivamente:

EN CASO DE INCLUSIÓN: La Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la tarifa de seguros a corto plazo.

EN CASO DE DEVOLUCIÓN: La Compañía solamente tendrá derecho a la prima proporcional al tiempo corrido.

CLÁUSULA No.8 VIGENCIA

La cobertura inicia a las doce (12) horas del mediodía de la fecha de entrada en vigor del presente contrato el que se suscribirá por el término de un (1) año; la Compañía puede terminar el presente Contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al Asegurado o Contratante por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación.

La Compañía renovará el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito y previa confirmación del Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación. La Compañía se reserva el derecho a modificar en cada renovación las condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice.

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

CLÁUSULA No.9 BENEFICIARIOS INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURO PARA CADA ASEGURADO Y FAMILIAR DEPENDIENTE

- a) **Inicio:** La cobertura del Seguro para cada asegurado o familiar dependiente aceptados por la Compañía, inicia a las doce (12) horas del mediodía de la fecha que aparece en la póliza o endoso correspondiente emitido por la Compañía.
- b) **Terminación:** El seguro de cualquier Asegurado o Familiar Dependiente y con ello los beneficios que confiere la presente póliza, cesarán automática e inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes hechos:
 1. El cumplimiento de la edad que se establece en la Cláusula No. 24 EDAD
 2. Vencimiento del período por el cual se pagó la última prima, a cuenta del Asegurado o no haberse efectuado el pago de primas correspondiente al mismo.
 3. Haber finalizado su relación de trabajo con el Contratante ya sea por muerte, despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia o jubilación.
 4. Por omisiones, declaraciones inexactas o declaraciones falsas debidamente comprobadas.
 5. Terminación del contrato.
 6. Por haber agotado el máximo vitalicio descrito en el cuadro de beneficios que aparece en la carátula de la póliza.

CLÁUSULA 10 REQUISITOS PARA ADICIONAR LOS FAMILIARES DEPENDIENTES.

Un Asegurado puede escoger que la cobertura para sus miembros familiares entre en vigor en el mismo momento en que entre la suya.

1. Los hijos nacidos dentro de la vigencia del Contrato deben ser notificados en los primeros treinta (30) días de nacido, acompañando el formulario de inscripción de familiar dependiente, así como la fotocopia de la boleta de inscripción o de la partida de nacimiento. La Compañía tiene el derecho de exigir testimonio de buena salud del niño (a) y pudiere aceptarlo o no con una exclusión, en caso de ser aceptado su cobertura será efectiva a partir del décimo día de nacido. En caso que sea notificado posterior a los treinta días de nacido, la Compañía tiene el derecho de exigir testimonio de buena salud del niño (a) y pudiere aceptarlo o no con una exclusión, en caso de ser aceptado su cobertura será efectiva del primer día del mes siguiente de la aceptación.
2. El Asegurado que contraiga matrimonio dentro de la vigencia del Contrato podrá solicitar la inclusión de su cónyuge si es elegible, mediante presentación de declaración de salud, dentro de los treinta (30) días siguientes al acontecimiento, adjuntando la solicitud de inscripción de familiar dependiente, así como la fotocopia del certificado de matrimonio y esperar la aceptación de la Compañía. Si la cobertura mencionada es aceptada por la Compañía, se iniciará a partir del primer día del mes siguiente de su aceptación.

Si no se notifica oportunamente la Compañía se reserva el derecho de otorgar o no esta cobertura a partir del primer día de la siguiente renovación.

CLÁUSULA No. 11 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante estará obligado a cumplir con las siguientes disposiciones:

- a) Adjuntar en formato electrónico, los datos generales de los Asegurados y sus Dependientes.
- b) Recaudar de las personas del Grupo Asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- c) Pagar a la Compañía la prima total.

- d) Informar por escrito a la Institución de Seguros:
- El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la Compañía;
 - La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
 - Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza.
 - La terminación de su calidad como contratante.
- e) Dar a conocer a las personas que se van asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- f) Entregar el certificado individual de seguro a cada persona del grupo asegurado.
- g) Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima que le haya sido devuelta por la Compañía.

CLÁUSULA No.12 PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante no podrá en ningún momento:

- a) Presentar información falsa de los asegurados a la Compañía.
- b) Efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
- c) No pagar en su debido momento a la Compañía, la cantidad de la prima con la que contribuye el Grupo Asegurado.
- d) Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Compañía y que pertenecen al Asegurado o a sus Dependientes.

El Contratante no podrá admitir su responsabilidad, ni hacer ofertas, promesas o pagos sin el consentimiento por escrito de la Compañía, la que tendrá el derecho. Si así lo deseara, de tomar por su cuenta y gestionar a nombre del Asegurado, la defensa o arreglo de cualquier reclamación o de seguir a nombre de él y en provecho propio, cualquier reclamación por indemnización o daños y perjuicios contra cualquier tercero.

CLÁUSULA No 13 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado, durante la vigencia de esta Póliza, cambiara de profesión o llegara a ejercer su profesión dentro de Condiciones distintas de las que indicó en su Solicitud de Seguro; si estableciera su domicilio definitivo fuera de Honduras, es decir, si llegara a modificarse el riesgo en una u otra forma, tal hecho debe ser comunicado dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca a la Compañía mediante carta con acuse de recibo.

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

CLÁUSULA No 14 AVISO DEL SINIESTRO

Requisitos que debe cumplir un Asegurado en caso de reclamo:

- a) Enviar las solicitudes de reembolso a la Compañía. a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que fueron erogados los servicios o proporcionados los suministros.
- b) Facilitar a la Compañía toda la información que ésta requiera, en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias verificar y ajustar los gastos de reembolso solicitado.
- c) La Compañía se reserva el derecho y por su propia cuenta de solicitarle que se someta a exámenes médicos cuantas veces sea razonablemente necesario, así como verificar la enfermedad o lesión del asegurado y/o dependiente y la comprobación de los gastos realizados.
- d) El Asegurado deberá autorizar aprimas todos los hospitales y todos los médicos que lo hubieren tratado a dar información a la Compañía o persona asignada por ésta mientras un reclamo esté en proceso. Si el asegurado no cumple con lo anterior perderá su derecho a la indemnización correspondiente.
- e) A toda persona mayor de sesenta (60) años de edad se aplicará el descuento correspondiente en todos sus reclamos, de acuerdo con el Artículo No.14 del Decreto 220-93 de la Ley de Régimen de Tratamiento Especial para Personas de la Tercera Edad.

Reclamos dentro de Honduras:

Al producirse una enfermedad o accidente que dé lugar al pago de los beneficios otorgados por el presente contrato el Asegurado se obliga a:

- a) Avisar por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días de la fecha en la que inició la enfermedad y ocurrió el accidente, expresando cualquier dato importante para su calificación.
- b) En casos de cirugía Electiva y Laparoscópica deberá solicitar a la Compañía su aprobación presentando a la misma toda la documentación relacionada con el procedimiento por lo menos con quince días de anticipación.

Reclamos fuera de Honduras:

Los gastos médicos incurridos fuera de Honduras, se reembolsarán siempre y cuando se cumplan con las siguientes condiciones:

- a) Que el Asegurado y/o dependiente haya sido remitido por el médico de cabecera a tratamiento en el exterior, dicha remisión deberá ser presentada a la Compañía., en papel del Colegio Médico Hondureño por lo menos con quince (15) días hábiles de anticipación, la cual será revisada y evaluada por los médicos asesores de la Compañía y autorizados por el Director Médico. De no cumplirse con el requisito anterior la Compañía, se libera de responsabilidad en cuanto al pago de cualquier gasto.
- b) De no ser aprobada por el Director Médico de la Compañía, la solicitud para tratamiento en el extranjero, la Compañía., únicamente reembolsará dichos gastos de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados que se aplican en Honduras y al porcentaje de reembolso estipulado en la póliza.
- c) En lo que se refiere a la compra de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio, rayos x etc., se reembolsarán siempre y cuando los medicamentos se encuentren agotados en nuestro

país y que los exámenes de laboratorios y rayos x no se realicen en el mismo, debiéndose comprobar tales hechos.

- d) Las atenciones de emergencia se reconocerán si se comprueba mediante informe del médico tratante que el servicio de emergencia era indispensable.
- e) Únicamente los casos anteriores la Compañía reconocerá el costo usual y acostumbrado en Honduras.

Presentación de reclamos

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

CLÁUSULA No.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA

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

CLÁUSULA No.16 RENOVACIÓN

La Compañía renovará el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito y previa confirmación del Asegurado con treinta (30) días de anticipación. La Compañía se reserva el derecho a modificar en cada renovación las Condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice.

CLÁUSULA No. 17 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.

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. 18 CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA No. 19 PERIODO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS MEDICOS

La Compañía otorga un período de noventa (90) días calendario, para la presentación de reclamos de gastos médicos, contados a partir de la fecha en que fueron erogados los servicios o proporcionados los suministros.

CLÁUSULA No. 20 COMUNICACIONES

Toda solicitud o comunicación a la Compañía, relacionada con la póliza deberá hacerse directamente y por escrito a su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, o en sus Sucursales o Agencias autorizadas. Las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los asegurados se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando las haga a través del Contratante, que serán enviadas al último domicilio de éste, conocido por la Compañía.

CLAUSULA No.21 OTROS SEGUROS.

Si el Asegurado tiene contratado con otra u otras instituciones en todo o en parte, coberturas de la misma naturaleza que ampara el presente contrato y que cubran el mismo riesgo, tomados en la misma fecha, antes o después del presente contrato, el Asegurado está obligado a declararlo inmediatamente por escrito a la Compañía expresando el nombre de los Aseguradores y las sumas aseguradas.

La anterior información debe anotarse en el contrato o en anexo al mismo. La omisión de la información a que se refiere esta cláusula se considera dolosa y en tal consecuencia, el asegurado no tendrá derecho a indemnización alguna proveniente de este contrato.

De confirmar el Asegurado que goza de beneficios de plan médico con otra institución de seguros, la Compañía únicamente pagará el exceso de los gastos elegibles no cubiertos por dicha Compañía.

Si un asegurado bajo esta póliza, está cubierto también bajo otro plan emitido por Seguros Crefisa, S. A. e incurre en gastos elegibles en ambas pólizas, el beneficio máximo pagadero no excederá del 100% de los gastos elegibles presentados.

CLÁUSULA No. 22 TERRITORIALIDAD

Para gozar de los beneficios de esta Póliza los Asegurados y familiares dependientes deberán de residir en cualquier lugar dentro del territorio de la República de Honduras, debiendo notificar a la Compañía por escrito en aquellos casos que se ausenten del país por más de treinta (30) hasta ciento ochenta (180) días.

CLAUSULA No.23 EDAD

Para formar parte del Grupo Asegurado se requiere que, en el momento de la inscripción la elegibilidad del:

Asegurado Principal:

- a) La edad de Asegurado en su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre quince (15) y sesenta y cinco (65) años de edad, renovables hasta el cumplimiento de los setenta (70) años de edad.
- b) Si el Asegurado se encuentra incapacitado y no está dedicado activamente a su trabajo, su elegibilidad comenzará a partir del día en que regrese a su trabajo activo y permanente.
- c) Pertener al mismo grupo o empresa que ha contratada la póliza.

Dependientes:

Cónyuges:

- a) La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre quince (15) y sesenta (60) años de edad, renovables hasta los setenta (70) años de edad.
- b) Si el cónyuge se encuentra incapacitado y no está dedicado activamente a su trabajo, su elegibilidad comenzará a partir del día en que regrese a su trabajo activo y permanente.

Hijos:

- a) La edad comprendida desde el décimo (10) día de nacido hasta los diecinueve (19) años de edad, extendiéndoseles la cobertura hasta los veintitrés (23) años de edad, siempre y cuando dichos dependientes sean estudiantes de tiempo completo en un colegio acreditado o en una universidad y dependan económicamente del asegurado principal para su ayuda y sostenimiento.

CLÁUSULA No.24 PERIODO DE GRACIA

Vencida una prima, el Asegurado disfrutará de un período de gracia de treinta (30) días, sin cargo de intereses, para el pago de la siguiente prima. La Póliza continuará en pleno vigor durante este período de gracia; pero en caso de muerte del Asegurado durante estos treinta (30) días, la prima en descubierto será deducida del pago que La Compañía tuviere que hacer. Si al terminar el periodo de gracia la prima no ha sido pagada, esta Póliza caducará sin necesidad de aviso o declaración especial, salvo lo establecido en las cláusulas correspondientes de los Valores Garantizados si los hubiere.

CLÁUSULA No.25 INDISPUTABILIDAD

Este contrato se basa en la solicitud del Contratante y Asegurado y, por consiguiente, cualquier dato inexacto u ocultado, que conocido por la Compañía la hubiere retraído a emitir esta Póliza o llevado a modificar sus condiciones, serán causas de anulación de este contrato cuando se hubiere actuado con dolo o culpa grave; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifieste al Asegurado su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento. Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causas de nulidad, mediante manifestación que éste hará a la Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuviere conocimiento de las declaraciones inexactas o de la reticencia.

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

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada certificado, después de que haya estado en vigor, por un período de un (1) año contado desde la fecha de la última inscripción ininterrumpidamente en el correspondiente registro del asegurado excepto lo dispuesto en la Cláusula No.23 Edad.

CLÁUSULA No. 26 CAMBIO DE PLAN

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o no durante la vigencia de la póliza, cualquier cambio de plan solicitado por el Contratante.

CLÁUSULA No.27 PAGO DE LOS BENEFICIOS

Todo pago que realice la Compañía en amparo a esta póliza estará sujeto a lo definido como monto máximo vitalicio, deducible, coaseguro, porcentaje de reembolso, razonable y acostumbrado y al resto de Condiciones Generales, Condiciones Particulares y anexos.

CLÁUSULA No. 28 CAMBIO DE CONTRATANTE

Si el Contratante fuera sustituido por otro deberá de comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución y si ésta la acepta lo hará constar en anexo que formará parte de la póliza.

En caso contrario la Compañía tendrá acción para dar por terminado el contrato y devolverá la prima no devengada.

CLÁUSULA No.29 MODIFICACIONES

En los términos de ésta póliza quedan definidos los pactos entre la Compañía y el asegurado, no reconociéndose por lo tanto validez a ninguna modificación que no esté consignada en ella, a menos que conste por escrito debidamente autorizado por la Compañía. Los agentes no están facultados para modificar las condiciones de la póliza.

CLÁUSULA No.30 LUGAR DE PAGO DE LOS BENEFICIOS

Cualquier pago de los beneficios en virtud de la póliza, lo hará la Compañía en su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, pueda hacerse en algunas de sus agencias o sucursales.

CLÁUSULA No.31 REPOSICIÓN

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

CLÁUSULA No.32 REPORTES

La Compañía no está obligada a extender reportes relativos a siniestralidad, listado de asegurados y otros.

CLÁUSULA No. 33 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

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

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

CLÁUSULA No.34 NORMAS SUPLETORIAS

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