

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS PYME

CONDICIONES ESPECIALES

PLAN PYME ESENCIAL

Que se agrega y forma parte de la póliza SMH1 10000XXXXX del ramo de SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO.

Emitida a nombre de:

Vigencia: 01/XX/2021 al 01/XX/2022 (12:00 Meridiano)

Queda entendido y convenido que los términos y condiciones descritos a continuación forman parte integral de la póliza.

1. Elegibilidad:

Personas que al momento de solicitar la cobertura se encuentren incapacitados o padeciendo de una enfermedad grave, serán elegibles una vez que recuperen su salud y se reincorporen de manera activa al desarrollo habitual de sus funciones laborales, previo al análisis y aceptación por la Compañía de seguros.

1.1. Asegurado Titular: Personal activos y permanentes de la empresa contratante.

1.2. Asegurados dependientes: El cónyuge (legal o de hecho), hijos; incluyendo hijastros e hijos legalmente adoptados.

1.2.1. Si alguna persona definida como dependiente, es también elegible para participar como titular bajo la póliza suscrita, esta persona no será elegible como dependiente bajo la misma póliza.

1.2.2. Cuando ambos cónyuges estén asegurados como titular de la misma empresa los hijos serán elegibles solamente como dependientes de uno de los dos.

1.3. Límites de edad:

1.3.1. Asegurado titular y cónyuge:

- Edad mínima de ingreso: 18 años de edad.
- Edad máxima ingreso: al cumplimiento de los 65 años de edad.
- Edad máxima de permanencia: al cumplimiento de los 75 años de edad.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

La Compañía no asumirá ningún riesgo una vez que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza y procederá a cancelar la cobertura del asegurado de forma automática.

1.3.2. Hijos:

Edad mínima de ingreso: a partir de los 14 días del nacimiento.

Edad máxima de ingreso: al cumplimiento de los 22 años, la cobertura podrá ser extensiva hasta el cumplimiento de los 25 años de edad, siempre que este;

- Dependa económicamente de los padres.
- Estudie a tiempo completo en un centro educativo reconocido.
- No esté habilitado o emancipado legalmente.
- Sin progenie (Conjunto de hijos o descendientes de una persona).

El asegurado titular deberá presentar constancia de estudio a tiempo completo y de dependencia económica de los hijos dependientes, a partir del cumplimiento de los diez y nueve (19) años de edad, dentro de la vigencia de la póliza o a solicitud de la Compañía cuando lo considere necesario; las constancias tendrán validez durante la vigencia de la póliza.

En caso de hijos con capacidades especiales que sigan dependiendo de sus padres después del cumplimiento de los 25 años, se extiende la cobertura de Gastos Médicos con cobro de prima como titular correspondiente a la categoría/plan del padre; Permaneciendo en la póliza hasta que el padre titular se encuentre vigente en la póliza.

1.4. La cobertura de un asegurado principal y/o asegurados dependientes cesará a las doce (12) horas meridiano del día en que cumpla la edad máxima de permanencia.

1.5. Toda condición de salud debe ser declarada por el asegurado en la solicitud de inscripción del seguro (Consentimiento) para ser analizada por la Compañía a fin de determinar su aceptación, limitación o rechazo.

1.6. Inicio de la cobertura para cada asegurado: las solicitudes de ingreso recibidas por la Compañía después del día 15 de cada mes, tendrán como fecha efectiva de cobertura, el primer día del mes siguiente, siempre y cuando sea elegible para el seguro.

1.7. Esta póliza brinda cobertura únicamente a personas residentes en la República de Honduras, no brindara cobertura a personas que permanezcan fuera de la República de Honduras por un periodo mayor a seis meses, por cualquier motivo.

1.8. Grupo asegurado: mínimo requerido; 3 titulares y máximo de 25 titulares; si durante la vigencia de la póliza la empresa contratante no cumple con el número mínimo requerido de titulares, se procederá con la cancelación de la póliza previa notificación con 30 días de anticipación.

1.9. Los asegurados activos en la póliza a la fecha de la cancelación, podrán optar a suscribir una póliza de salud y vida individual, de acuerdo a las condiciones, beneficio y tarifas que

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

establezca la Compañía. Podrán optar a la continuidad de cobertura siempre que la solicitud se realice dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la cancelación de la póliza (Continuidad sujeta al análisis de la Compañía).

2. Prima Mensual:

| <i>Categoría</i> | <i>Prima Ficohsa Seguros</i> | <i>Afiliación PORSALUD</i> |
|-----------------------|------------------------------|----------------------------|
| <i>Titular</i> | L.000.00 | L 00.00 |
| <i>Dependiente</i> | L.000.00 | L 00.00 |
| <i>Grupo Familiar</i> | L.000.00 | L 00.00 |

Forma de pago: Según lo establecido en el convenio de pago, el cual forma parte integral de la póliza.

3. Cuadro de Beneficios

Los beneficios y coberturas descritas a continuación están sujetos; al deducible, coaseguros, copagos, limitaciones, exclusiones y a las condiciones generales de la póliza.

| Beneficios | Plan PYME Esencial |
|---|---|
| Tipo de Cobertura | Servicios Médicos Hospitalarios |
| Cobertura Geográfica | Honduras |
| Máximo Vitalicio | L 2,000,000.00 |
| Cuarto y Alimentación Honduras | L 1,000.00 |
| Gastos por VIH/SIDA | 50% del Máximo Vitalicio |
| Deducible en Honduras (máximo 3 por familia) | No aplica |
| Porcentaje de reembolso en Honduras Coaseguro a cargo del asegurado. | 90% de los gastos elegibles. 10% |
| Límite de coaseguro hospitalario en Honduras por evento (el exceso de gastos elegibles estará cubierto al 100%) | L 30,000.00 (10% de los primero L 300,000) |
| Honorarios médicos por hospitalización emergencia y procedimientos quirúrgicos | De acuerdo a tabla de Referencia de Honorarios Médicos REDHSA |
| Gastos ambulatorios cubiertos - Cirugías y procedimientos de tipo ambulatorio. - Procedimientos y tratamientos por insuficiencia renal (excluye medicamentos) hasta un 50% del máximo vitalicio. | |

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos y tratamientos oncológicos (radio terapia y/o quimioterapia) hasta un 50% del máximo vitalicio. - Control post-quirúrgico y/o post-hospitalario incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> – Consultas (Medico General L 700.00, Médico Especialista L 1,000.00, Cardiólogo y Neurólogo L 1,200.00) – Fisioterapias, medicamentos, laboratorios e imagenología recetados a causa de un mismo evento hospitalario hasta L 10,000.00 (máximo 2 meses de control y/o tratamientos por el mismo evento). | |
| Control ginecológico anual cubre al titular o cónyuge bajo prescripción médica. | Dos citologías incluyendo consulta una mamografía. Mujeres mayores de 35 años |
| Maternidad | Excluida |
| Examen de próstata (PSA) cubre al titular o cónyuge bajo prescripción médica. | Una vez al año. Hombres mayores de 40 años. |
| Gastos por Psiquiatría (Fatiga, Stress, insomnio) | Máximo de Rembolso por año póliza y grupo familiar L 10,000.00 |
| Ambulancia terrestre en Honduras. | L 10,00.00 máximo de reembolso |
| Ambulancia aérea aplica coaseguro y deducible de la póliza | \$ 5,000.00 |
| Periodo de espera para enfermedades preexistentes no graves. Siempre que sean declaradas y aceptadas por la Compañía. | 12 meses de continua cobertura |
| Gastos fúnebres para dependientes asegurados. | L 30,000.00 |
| Red de proveedores y condiciones de uso disponible en www.ficohsaseguros.com | Hospitales |
| Servicios PORSALUD | Amparado |
| Asistencia Funeraria Dependientes. (Costo y beneficios detallado en anexo de Vida 1) | Excluido |

4. Otros Beneficios:

4.1. Cirugías plásticas y reconstructivas: Cubiertas únicamente por emergencias, hospitalización o procedimientos quirúrgicos por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.

4.2. Tratamientos dentales en caso de accidente por pérdida de la dentadura natural, cubiertas únicamente por emergencias, hospitalización o procedimientos quirúrgicos por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que el tratamiento se realice durante los tres meses siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

4.3. Extracción de terceras molares impactadas con la presentación de placas pre y post operatorias.

4.4. Prótesis, reemplazo de miembros y ojos naturales perdidos durante la vigencia de la póliza, se cubrirá una sola prótesis por cada miembro perdido a consecuencia de una enfermedad o accidente, de acuerdo al costo justo razonable y acostumbrado de la localidad donde es prestado el servicio (Excepto las dentales, que estarán cubiertas únicamente en caso de accidentes ocurridos en la vigencia de la póliza donde se pierda la dentadura natural).

4.5. Trasplante de órganos hasta el máximo vitalicio disponible del asegurado, incluye: Gastos pre y post operatorio, transporte de órgano a trasplantar y gastos médicos del donante vivo al momento del trasplante; no están cubiertas las complicaciones o el deterioro de la salud del donante.

4.6. Terapias físicas y de rehabilitación, estarán cubiertas de la siguiente forma; las primeras 10 fisioterapias podrán ser remitidas por un médico ortopedista o médico especialista en medicina física. A partir de la onceava (11) fisioterapia se reconocerán únicamente las remitidas por un médico especialista en medicina física y de rehabilitación, legalmente autorizado. (Aplica únicamente como cobertura post operatorio).

4.7. Vitaminas que tengan un efecto terapéutico sobre una enfermedad cubierta, prescrita por el médico tratante y comprobada la enfermedad.

4.8. Gastos por psiquiatría en casos de accidentes cubiertos por la póliza, únicamente por hospitalización estadía mayor a 24 horas. Adicional Gastos por Psiquiatría a causa de Fatiga, Stress, insomnio cubiertos bajo el límite establecido en el cuadro de beneficio.

4.9. Tratamientos quiroprácticos que tengan un efecto terapéutico sobre una enfermedad.

5. Generalidades

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

5.2. El saldo del máximo vitalicio disponible para un asegurado se reducirá al 50% al cumplimiento de los 65 años de edad del asegurado Titular y Cónyuge.

5.3. Límite de Coaseguro para gastos médicos elegibles por emergencias, hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos por evento: L30,000.00 por evento, el exceso de los gastos elegibles será reconocido por la Compañía al 100%.

Límite de Coaseguro: Es el monto máximo de gasto médicos elegibles que asume el asegurado en concepto de coaseguro a consecuencia de un evento por emergencia, hospitalización y/o procedimientos quirúrgico. Los gastos ambulatorios no aplican para el beneficio de límite de coaseguro.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

Evento: Significa una enfermedad o una lesión accidental por los cuales se incurra en gastos elegibles a causa de una emergencia, hospitalización o procedimiento quirúrgico, siempre que sean incurridos durante una estadía hospitalaria continua, el egreso del asegurado del centro hospitalario se considerara la finalización del evento, las emergencias hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos posteriores al egreso aunque sean a causa de una mismas enfermedad o lesión accidental se consideraran un nuevo evento.

5.4. El periodo máximo para la presentación de reclamos es de 6 meses contados a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente y no tenga primas pendientes de pago.

5.5. La atención de pago de reclamos, pre-certificaciones y autorizaciones médicas, servicios en la red de proveedores y cualquier otro servicio cubierto por esta póliza quedaran suspendidos automáticamente cuando la póliza presente primas pendientes de pago con una mora mayor a 30 días.

5.6. Una vez cancelada la póliza por cualquier causa, el periodo máximo para la presentación de reclamos elegibles es de 30 días contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza siempre y cuando:

5.6.1. Los gastos hayan sido incurridos en la vigencia de la póliza y previo a la cancelación de la misma.

5.6.2. No excedan los 6 meses indicados en el inciso 5.4.

5.6.3. Las primas hayan sido pagadas en su totalidad.

5.7. La Red de Proveedores Medico-hospitalaria se otorga de acuerdo a las condiciones descritas en nuestra página web www.ficohsaseguros.com.

5.8. Se establece un periodo máximo de 30 días para errores u omisiones en la notificación de inclusiones o Exclusiones y actualización del Censo de los Asegurados, siempre y cuando, el movimiento retroactivo, no sea anterior al inicio de vigencia de la renovación.

5.9. No se cubrirá durante el primer año de cobertura continua de un asegurado en la póliza cualquier tratamiento, cirugías, procedimientos, exámenes laboratorios, estudios diagnósticos y las complicaciones a causa de:

- **Lupus eritematoso sistémico;**
- **Síndrome metabólico;**
- **Enfermedades ácido pépticas;**
- **Uro litiasis;**
- **Problemas de estáticas de pélvica, endometriosis y miomas;**
- **Patologías mamarias;**
- **Colelitiasis y/o colecistitis;**
- **Patologías de tiroides;**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

- Patología de columna vertebral;
- Quistes, tumores, fibromas, hernias y pólipos de cualquier tipo;
- Bridas y/o adherencias;
- Patologías de rodilla; excepto en casos de accidentes ocurridos dentro de la vigencia de la póliza;
- Hemorroides;

No se cubrirán durante el primer año de cobertura continua de un asegurado en la póliza las cirugías y procedimientos de: amigdalotomía, adenoidectomías, sinusotomía, turbino plastia y etmoidectomía.

La septum plastia y rinoseptoplastía no estética, no se cubrirán durante el primer año de cobertura sin embargo, si dentro del primer año es necesario efectuar alguna de estas cirugías como consecuencia de un accidente, las mismas se indemnizaran, siempre y cuando se presenten radiografías con sus respectivas lecturas en las cuales se identifique el trauma.

Si la cirugía, procedimiento, estudio de diagnóstico y/o tratamiento se deben a una lesión o enfermedad que antecede al inicio de la cobertura del asegurado, haya o no recibido tratamiento previo o dichas lesiones y enfermedades se hayan excluido de la cobertura de la póliza no estará cubierta en ningún momento.

5.10. Se otorga cobertura por COVID-19 con un periodo de espera de 90 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o asegurado. (Aplica para nuevos ingresos).

5.11. El límite máximo de la cobertura para gastos médicos por el diagnóstico COVID-19 es de L. 300,000.00 sin límite de coaseguro por año póliza para cada asegurado (titular o dependiente), o hasta el máximo vitalicio disponible en caso que este sea menor a dicho monto.

5.12. Para los pagos de siniestros por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del asegurado, la compañía de seguro no se responsabiliza por inconvenientes o errores que resulten si el asegurado proporciona el número o datos incorrectos. Por ende el asegurado libera de toda responsabilidad de pago a la compañía de seguros y da por bien hecho los pagos conforme a las instrucciones aquí brindadas. Los cargos que realice la institución Bancaria por las transferencias ACH corren por cuenta del Asegurado.

6. Pre- certificación médica.

6.1. Es requisito indispensable y obligatorio la pre-certificación para el manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico, programado o electivo, fisioterapias con diez (10) o más ciclos y los exámenes especiales indicados por un médico colegiado dentro del alcance de su licencia y especialidad, con un costo mayor o igual a L 3,000.00; la pre-certificación deberá ser solicitada por el asegurado a la Compañía cinco (5) días hábiles antes del tratamiento,

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

procedimiento o fecha de alumbramiento, mediante el formulario designado para tal fin, completamente lleno adjuntando historia clínica, exámenes y/o estudios realizados y cualquier otra información requerida por la Compañía.

6.2. En los casos no pre-certificados el asegurado deberá pagar el total de la cuenta y presentar el reclamo a la Compañía, si el gasto después del análisis correspondiente resulta elegible, la Compañía se reserva el derecho de incrementar el coaseguro hasta un 30% aplicable a gastos elegibles incurridos dentro de Honduras, este porcentaje es adicional al coaseguro establecido en estas condiciones especiales, siempre aplicando los valores de deducible, gastos en exceso y sujeto a los costos razonables y acostumbrados para esa hospitalización o procedimiento.

6.3. Para todo manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico programable o electivo la Compañía podrá solicitar en casos necesarios y sin costo para el asegurado una segunda evaluación médica, requisito para la aprobación de la pre-certificación, teniendo derecho el asegurado o la Compañía a solicitar hasta una tercera opinión con fines de reconfirmación del procedimiento sugerido por el médico tratante.

Si después de la tercera opinión médica la pre-certificación es denegada y el asegurado se somete a dicho procedimiento, la Compañía se reserva el derecho de incrementar el coaseguro hasta un 15% aplicable a gastos elegibles incurridos dentro de Honduras, este porcentaje es adicional al coaseguro establecido en estas condiciones especiales para ambas coberturas.

6.4. En procedimientos quirúrgicos programables o electivos en los cuales se cambie el diagnóstico inicial o se agregue otro diagnóstico a la historia clínica, es requisito gestionar una nueva pre-certificación. En los casos en que la Compañía lo considere necesario podrá confirmar dicho diagnóstico mediante la investigación médica.

6.5. Si el asegurado permaneciera hospitalizado más días de los autorizados en la pre-certificación es requisito solicitar nueva autorización, de lo contrario la Compañía no reconocerá los gastos incurridos en esos días.

6.6. Las admisiones de emergencia deben ser notificadas a la Compañía dentro de las primeras veinticuatro (24) horas o el día hábil siguiente a la admisión.

7. Preexistencias:

7.1 Enfermedades preexistentes; se define como una enfermedad, lesión corporal, condición de salud o la presencia de síntomas y/o signos por los cuales el asegurado, previo a la fecha efectiva de su seguro:

- **Tuvo advertencia médica o consultó a un médico.**
- **Recibió tratamiento médico, servicios o suministros médicos.**
- **Se ha practicado o le recomendaron exámenes para el diagnóstico pertinente.**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

- Tomó drogas o medicamentos recetados o recomendados.
- Asistió a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Se consideran también enfermedades o lesiones pre-existentes:

- Las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de iniciada la cobertura de la póliza.
- Se considera una preexistencia tenga o no conocimiento el asegurado, de la misma.

7.2 El periodo de espera para enfermedades preexistentes no graves: que aplica a los titulares y dependientes, será mínimo de 12 meses de cobertura continua, siempre que estas enfermedades sean declaradas y aceptadas por la Compañía de Seguros (Este periodo podrá variar de acuerdo al análisis que la Compañía realice para cada caso).

7.3 Enfermedades Graves; se define como el conjunto de enfermedades o condiciones de salud que ponen en alto riesgo la vida y la salud de una persona y que a la vez involucra elevados costos de atención y tratamiento, así como un nivel elevado de especialización hospitalaria y médica. Son algunas enfermedades graves pero no limitadas a las siguientes:

- Enfermedades cerebrovasculares incluyendo accidentes cerebro vasculares y los procedimientos neuroquirúrgicos respectivos para su tratamiento;
- Enfermedades cardiovasculares que incluye: infarto agudo al miocardio, cardiopatías y demás enfermedades que requieran de: cateterismo cardiaco, angiografía, angioplastia, bypass aortocoronario y demás procedimientos de cirugía cardiaca;
- Cáncer de cualquier tipo, que incluye los procedimientos quirúrgicos respectivos para su tratamiento y los tratamientos ambulatorios mayores como quimioterapia y radioterapia;
- Enfermedades renales y/o hepática crónica incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y tratamientos ambulatorios mayores como la diálisis peritoneal y la hemodiálisis;
- Enfermedades metabólicas o endocrinológicas;
- Lupus eritematoso sistémico;
- Enfermedades inmunológicas: sida;
- Hernia, abdominal, inguinal, discal o lumbar, diafragmática y otras;
- Padecimientos articulares, incluye artritis de cualquier etiología;
- Y toda enfermedad que la Compañía considere como tal.

8. Exclusiones y Limitaciones:

Esta póliza no brindara cobertura o reconocerá gastos por ninguna de las siguientes

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

condiciones o a causa de:

- 8.1. Reconocimientos Médicos o chequeos generales.
- 8.2. Exámenes de la vista, habilitación de lentes o aparatos auditivos; las enfermedades propias del ojo si estarán cubiertas.
- 8.3. Reemplazo o ajuste de aparatos auditivos, anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo y cualquier otra refracción de la vista así mismo no se cubre queratomíaradiada, queratomielusis y epiqueratofoquía.
- 8.4. Tratamientos o intervención quirúrgica para la transformación sexual y trastornos sexuales.
- 8.5. Tratamientos o intervención quirúrgica para la infertilidad y la fecundación in-vitro.
- 8.6. Hormonas para tratamiento del climaterio y/o menopausia y anticoncepción.
- 8.7. Tratamientos para la obesidad o pérdida de peso y todo trastorno alimenticio, tratamientos con nutricionistas, la anorexia y bulimia.
- 8.8. Trastornos mentales, depresiones, ansiedades o desórdenes nerviosos funcionales, excepto si los mismos son a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, recomendados por el médico tratante durante la reclusión hospitalaria del asegurado.
- 8.9. Cualquier tratamiento por alcoholismo o toxicomanía o adicción a las drogas, o de enfermedad mental o desórdenes nerviosos o vicios, incluyendo cualesquiera complicaciones resultantes de los mismos.
- 8.10. Queda excluida la cobertura por gastos médicos y tratamientos que se originen por el consumo de drogas, alcohol, veneno y gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalado voluntariamente y todo acontecimiento que se derive de estar bajo la influencia del alcohol y/o drogas. Para efectos de esta póliza se considera que se encuentran bajo la influencia de bebidas alcohólicas; cuando el contenido alcohólico en la sangre supera el 0.05% o 50 mg/100 ml.
- 8.11. Los servicios o tratamientos suministrados por médicos familiares del individuo asegurado, dentro del primer y segundo grado de consanguinidad y afinidad. Aquellos cargos por gastos incurridos dentro de un establecimiento que sea propiedad del individuo asegurado o de un familiar dentro del primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad.
- 8.12. Quedan excluidos los medicamentos: benzodiazepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos de uso psiquiátrico o psicológico independientemente de su causa, excepto si los medicamentos prescritos son a consecuencia de un tratamiento Cubierto dentro del Beneficio de enfermedad Psiquiátrico.
- 8.13. Quedan excluidos los tratamientos y medicamentos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje,

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021

alteraciones del crecimiento y desarrollo, gigantomastía y cualquiera de las consecuencias y complicaciones de esta.

8.14. Lesiones que sufra el asegurado en: Servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, motín, huelgas, conmoción civil, terrorismo y energía nuclear.

8.15. Padecimientos y enfermedades congénitas, definiéndose como: La alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que pudo haber sido heredada genéticamente, adquirida durante el embarazo o por dificultades en el parto, aunque algunas se hagan evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

8.16. Enfermedades preexistentes graves y condiciones de salud no declaradas en la solicitud de inscripción del seguro.

8.17. Se excluye el pago de medicamentos que no hayan sido autorizados por la FDA (Food and Drugs Administration).

Modificaciones al Contrato: Toda solicitud de modificación deberá ser solicitada a la Compañía por escrito y deberá quedar constancia de la recepción de este documento.

En consecuencia, los agentes, intermediarios o cualquier otra persona no autorizada, carecen de facultades para solicitar modificaciones o concesiones a la póliza.

En cada renovación de la póliza, la Compañía de seguros podrá realizar los cambios en condiciones, deducibles, coaseguro, primas, que estime convenientes de acuerdo al comportamiento de siniestralidad y a los factores de evaluación que la Compañía estime convenientes.

Agravación del riesgo: El Asegurado deberá comunicar a la Compañía toda circunstancia de agravación (es) de riesgo (s) aun cuando fuere (n) temporal (es), que pudiera (n) afectar la base de contratación de la póliza o que de haber sido conocidas por la compañía no habría dado su consentimiento para la celebración del contrato o la habría dado en condiciones diferentes, esta comunicación debe ser realizada por el asegurado a la compañía de manera escrita en las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca o deba conocer.

La falta de esta comunicación faculta a la compañía a dar por terminada la cobertura; la responsabilidad de la compañía concluirá 15 días después de haber comunicado su resolución al asegurado.

Exclusión LA/FT: El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por **Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021**

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 no 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 la lista 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 otra. Este endoso se adecuara a lo pertinente a los procedimientos especiales que podrán 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.”

Aplican los demás términos y condiciones establecidos en el condicionado general de la póliza.

Solución de controversias: cualquier controversia o conflicto entre las partes que surja relacionado directamente o indirectamente con este contrato ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo se resolverá mediante la promoción de la acción que corresponda a interponerse ante la jurisdicción y competencia del Juzgado de Letras Civil del departamento de Francisco Morazán.

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 Compañía, 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.

Tegucigalpa, M.D.C. 01 de xxx de 2021

Firma Autorizada

Firma Autorizada

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 99/13-12-2021