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

Si durante la vigencia de esta Póliza y como consecuencia directa de un accidente o de una enfermedad el Asegurado titular y Asegurados Dependientes, incurrieren en cualquiera de los gastos enumerados más adelante, la Compañía reembolsará durante la vigencia de la póliza, el costo de los mismos siempre que sean necesarios para el restablecimiento de la salud y no excedan de los gastos usuales, razonables y acostumbrados, hasta la cantidad máxima asegurada en esta cobertura, ajustándola previamente a las limitaciones consignadas en las Condiciones Particulares de esta Póliza y en sus endosos. Según el plan que emita la entidad podrá limitar la cobertura que otorgará.

Asegurados dependientes: Se entenderá por tales el cónyuge del titular asegurado y los hijos desde su nacimiento y menores de veinte tres (23) años, solteros, que dependan totalmente del Asegurado para su ayuda sostenimiento que no perciban ningún ingreso económico ya sea por rentas o por trabajo si son estudiantes que lo sean a tiempo completo en un centro de enseñanza oficialmente reconocido.

Los hijos de la pareja matrimonial asegurada nacidos durante la vigencia de esta póliza quedarán Cubiertos por ella a partir de la fecha de nacimiento, sin más requisito que el aviso por escrito a la Compañía acompañada por el acta de nacimiento.

De no haber hecho así, la inclusión de los niños estará condicionada a la aceptación de la Compañía.

COBERTURA BASICA

1. **Honorarios de Médicos y Cirujanos: Los honorarios quirúrgicos quedarán sujetos a los porcentajes que aparezcan anotados en la Tabla de honorarios médicos REDHSA.**
   La cantidad liquidada por este concepto incluye todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, los ayudantes médicos o instrumentistas y las enfermeras.
   Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentran en la Tabla de Honorarios REDHSA se valuarán por similitud a las comprendidas en la Tabla.
   Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor o una de ellas cuando los porcentajes estipulados en el catálogo de honorarios quirúrgicos sean iguales.
   Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión en forma adicional, los honorarios por la segunda intervención serán cubiertos al 50% de los estipulados en el catálogo. En caso de un politraumatismo se seguirá el tratamiento anterior, pero si requiere intervención de otro especialista los honorarios de éste serán cubiertos en un 100% de lo marcado en la Tabla.
   Si hubiere necesidad de una reintervención quirúrgica por la misma afección se le dará tratamiento normal como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la primera intervención quirúrgica.

2. **Honorarios por Consultas Médicas: Visitas o consultas con un máximo de una (1) por día a excepción de los honorarios por consultas médicas post-operatorias, las cuales quedarán comprendidas en los honorarios de médicos y cirujanos a que se refiere el inciso anterior.**
3. **Los Gastos de Hospital o Clínica, representados por el costo de la habitación y alimentación, así como medicinas y drogas consumidas en el mismo por el Asegurado.**
4. **Gastos de Sala de Operaciones y/o Recuperaciones y de Curaciones.**
5. **Gastos de Anestesia y Honorarios de Anestesista.**
6. **Honorarios de Enfermeras Tituladas.**
7. **Medicamentos adquiridos fuera del hospital o clínica. Siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se acompañe del recibo de la farmacia con la receta y siempre que sean a consecuencia de internamiento en un hospital o clínica.**
8. **Gastos de análisis de laboratorio o de estudios de rayos x, isótopos radioactivos, de electrocardiografía encefalografía, o de cualesquiera otros indispensables para el tratamiento de accidente o de enfermedad ordenados por un médico.**
9. **Gastos de transfusiones de sangre aplicación de plasma, sueros y otras substancias semejantes por orden de facultativo.**
10. **Gastos originados por consumo de oxígeno.**
11. **Gastos originados por la compra o la renta de muletas, silla de rueda, camas especiales, pulmón artificial, u otros aparatos semejantes.**
12. **Gastos originados por tratamientos con radio o de terapia radioactiva y terapia física.**
13. **Los gastos que resultan de aparatos de prótesis dental necesaria a consecuencia de accidente, ojos o miembros artificiales y los aparatos ortopédicos que se requieran a causa de accidente o enfermedad serán cubiertos por la Compañía hasta un límite de la suma máxima de protección que corresponda a cada grupo familiar que estará estipulada en las Condiciones Particulares**
14. **Los gastos de transporte de ambulancia**
15. **Gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas de hijos del Asegurado, nacidos durante la vigencia de esta Póliza que estén cubiertos por ella.**
16. **Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo o parto:**
    a)Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazo extrauterino.
    b)Los estados de fiebre puerperal.
    c)Los estados de eclampsia y toxicosisgravidica.

COBERTURAS ADICIONALES

Mediante aceptación expresa y el convenio expreso de los límites de indemnización, así como el pago de la prima adicional correspondiente, la presente Póliza puede extenderse a solicitud del Asegurado a cubrir los gastos médicos que a continuación se indican:

1. **Maternidad. Gastos a consecuencia del embarazo tales como controles propios del embarazo, abortos, partos prematuros o partos normales, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo y parto, incluyendo los gastos de los recién nacidos sanos antes de salir del hospital por concepto de sala cuna y honorarios del pediatra que le atienda dentro del hospital, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares. La maternidad es reconocida únicamente para el titular o cónyuge del titular.**
2. **Gastos Dentales: De conformidad a las coberturas en el Anexo 1 Plan Dental.**
3. **Gastos Oftalmológicos. Se cubren los gastos por evaluaciones de la vista y compra de aros y lentes según el límite establecido en las Condiciones Particulares.**
4. **Control de niño sano. Se cubre cuadro de vacunas de conformidad a los límites establecidos en las Condiciones Particulares.**
5. **Gastos de Repatriación. Se cubre el monto establecido en las Condiciones Particulares.**

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES

El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre gastos resultantes de:

1. **Aquellos no incluidos en los "Gastos Médicos Mayores" o atención médica.**
2. **Padecimiento preexistente a la fecha en que se inicia la vigencia de esta Póliza con respecto a cada Asegurado y no declarado en la solicitud del seguro. Se entiende por padecimientos preexistentes los que:**
   a) Fueron diagnosticados por un médico
   b Fueron aparentes a la vista
   c) Fueron de los que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidos.
3. **Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis psicosis cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como también cualquier tipo de tratamiento psíquico o psiquiátrico.**
4. **Trastornos de la conducta y aprendizaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, terapias de lenguaje y de estimulación temprana.**
5. **Afecciones propias de embarazo, abortos partos prematuros o partos normales, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no sea precisamente de las consignadas bajo el numeral 16 de la Cláusula No. 1 Cobertura**
6. **Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías o adicción a drogas.**
7. **Tratamientos dentales alveolares o gingivales cualesquiera que sean su naturaleza y origen excepto aquellos ocurridos como consecuencia de accidentes no excluidos en este contrato que provoquen lesiones de dientes naturales.**
8. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico excepto en las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad no excluido en este contrato y que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.**
9. **Tratamiento de calvicie**
10. **Hormonas para tratamiento del climaterio y/o menopausia y anticoncepción**
11. **Exámenes de la vista, habilitación de lentes o aparatos auditivos; Las enfermedades propias del ojo si estarán cubiertas.**
12. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo y cualquier otra refracción de la vista así mismo no se cubre queratoma radiada, queratomielusis y epiqueratofoquía.**
13. **Intervenciones quirúrgicas o tratamiento para el control de natalidad.**
14. **Tratamientos o intervención quirúrgica para la transformación y trastornos sexuales.**
15. **Tratamientos para la obesidad o pérdida de peso y todo trastorno alimenticio, tratamientos con nutricionistas, la anorexia y bulimia.**
16. **Las 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, En los casos donde el asegurado no tenga conocimiento de padecer una enfermedad congénita estará cubierta, siempre que sea diagnosticada dentro de la vigencia de la póliza y no haya recibido tratamiento previo por dicho diagnóstico. Para los recién nacidos dentro de la cobertura de la póliza; siempre y cuando cuente con la cobertura desde el primer día de nacido o cuidado crítico neonatal las enfermedades congénitas si estarán cubiertas**.
17. **Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos con el nombre de chequeos médicos.**
18. **Gastos realizados por acompañantes de Asegurado durante internamiento de este en clínica u hospital, como cuarto, cama o alimentos extra.**

19. **Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
20. **Lesiones provocadas en riña con provocación de parte del Asegurado u ocurridas en lugares donde se sirvan bebidas alcohólicas o estando bajo la influencia de algún enervante o estimulante similar.**
21. **Actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado por culpa grave del mismo.**
22. **Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase en actos de guerra declarada o no, insurrección, revolución, rebelión o riña.**
23. **Lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo de motor en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en motocicletas u otros vehículos similares. Tampoco cubre esta Póliza las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo, buceo, jaripeo, esquí, tauromaquia, cualquier tipo de deporte aéreo o participación en deportes profesionales o en cualquier deporte que pudiera poner en peligro la vida del participante, ya sea debido a la irresponsabilidad del participante, a la falta de conocimiento o experiencia y/u otras circunstancia**
24. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como pasajero, piloto o mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.**
25. **Las lesiones y/o accidentes en relación a tentativa de homicidio, asesinato y asalto.**
26. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.**
27. **Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por médicos quiroprácticos o acupunturitas a excepción de aquellos casos en que dicho tratamiento haya sido recomendado por el médico general o especializado que trate el Asegurado.**
28. **Vitaminas o suplementos dietéticos para aumentar el apetito o para adelgazar, aunque sean recetadas por medico autorizado, vacunas preventivas.**
29. **Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica medico científica, o tratamientos que no aceptados por ser experimentales o de beneficios inciertos para el paciente**.
30. **Gastos por acné juvenil ya sea este inflamatorio o no, verrugas vulgares, pero se cubre los gastos de acné juvenil sobre infectado.**
31. **Los servicios o tratamientos suministrados por médicos familiares del Asegurado, dentro del primer y segundo grado de consanguinidad y afinidad. Aquellos cargos por gastos incurridos dentro de un establecimiento que sea propiedad del Asegurado o de un familiar dentro del primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad.**
32. **Tratamientos para los Juanetes.**
33. **Quedan excluidos los medicamentos: benzodiacepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos de uso psiquiátrico o psicológico.**

CLÁUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El contrato de seguro queda constituido por la solicitud del Asegurado para la emisión de la presente Póliza, sus declaraciones, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y los anexos firmados y adheridos a la misma si los hubiere. Para su validez, será necesario que esta Póliza esté suscrita por dos funcionarios autorizados por la compañía.

CLÁUSULA No. 4 DEFINICIONES

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

1) ACCIDENTE: Se entiende por accidente, para los efectos de este seguro, toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad y debida a una causa fortuita, súbita y externa que le haya producido directamente la muerte, incapacidad permanente o temporal.
2) ASEGURADO: Persona natural o jurídica suscriptora de la Póliza, tomador del seguro o Contratante, que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.
3) BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica designada en la Póliza por el Asegurado o Contratante como titular de los derechos indemnizatorios establecidos en el contrato de seguros.
4) COMPAÑÍA: Se entiende por Seguros Continental 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.
5) CNBS**:** La Comision Nacional de Bancos y Seguros, creada mediante Decreto No.155-95 del 10 de noviembre de 1995.
6) DEDUCIBLE: Cantidad o porcentaje establecido en una Póliza, el cual deberá superarse por el Asegurado para que se indemnice una reclamación.
7) ENDOSO O ANEXO: Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la institución de seguros y el Contratante, según corresponda.
8) ENFERMEDAD: Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno ó externo con relación al organismo y son materia de esta Póliza solo las enfermedades que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.
9) FARMACIA: Es el establecimiento autorizado por las autoridades competentes para la venta y distribución de las medicinas y drogas.
10) HOSPITAL o CLÍNICA: Establecimiento para la estancia de enfermos que necesitan someterse a tratamientos médicos, quirúrgicos o climatológicos autorizados por las autoridades competentes y que están legalmente establecidos.
11) LA LEY**:** Ley que regula la organización, funcionamiento y supervision de las instituciones que realicen actividades y operaciones de seguros y reaseguros.
12) MAXIMO VITALICIO: Limite maximo que durante la vida del asegurado podran alcanzar los reembolsos de todas la enfermedades y accidentes que sufra el Asegurado
13) MÉDICO: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para su intervención y pueden ser: médico general, médico especialista, cirujano u homeópata.
14) PERÍODO DE CARENCIA O ESPERA: Tiempo comprendido entre la fecha de efecto de la Póliza y el momento en que entran en vigor ciertas coberturas.
15) PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO: Es el documento o conjunto de documentos que regulan la relación contractual del seguro.
16) PRIMA: Es el precio que se deberá pagar a la Compañía como contraprestación para que cubra los riesgos contratados mediante la Póliza.
17) SEGUNDA OPINION MEDICA: Evaluación medica realizada por un médico especialista autorizado por la Compañía, con el propósito de confirmar un diagnóstico y procedimiento indicado por el medico tratante.
18) SINIESTRO: Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por el presente seguro, obliga a la Compañía al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

CLÁUSULA No. 5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

La vigencia de esta Póliza terminará automáticamente con el agotamiento de la suma máxima de protección contratada, por aplicación de dicha cantidad a uno o más accidentes o enfermedades sufridas durante la vigencia de esta Póliza, pudiendo renovarse como nueva póliza según las condiciones de este contrato.

La cantidad deducible que según se expresa en las Condiciones Particulares de esta Póliza queda a cargo del Asegurado, se aplicará a cada accidente o enfermedad excepto cuando a consecuencia de un

accidente resultaran afectados simultáneamente varios miembros de una familia Asegurados como dependientes económicos, caso en el cual el deducible se aplicará una vez.
Reembolsos**:** Después de aplicado el deducible se reembolsara el 80% de los gastos elegibles.

Hospitalización bajo nuestro sistema Prestación de Servicios en Centros Autorizados (PSCA), se pagará directamente al hospital el 80% de los gastos elegibles, y el asegurado asume el 20% como co-aseguro más los gastos no elegibles.

Cuando se trate de complicaciones o recaídas de un accidente o enfermedad, la cantidad deducible a cargo del Asegurado volverá a ser aplicada a los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha de la primera alta por curación.
Si como consecuencia de un accidente o enfermedad el Asegurado requiere de intervención quirúrgica la Compañía cubrirá los honorarios del cirujano y ayudantes hasta un máximo de la suma asegurada convenida. Los honorarios quirúrgicos quedarán sujetos a los porcentajes que sobre la suma anterior aparecen anotados en la Tabla de Honorarios Médicos REDHSA. Los honorarios de anestesistas se cubrirán hasta un máximo de equivalente al 34% de los honorarios cubiertos por esta Póliza a los cirujanos y ayudantes por la intervención quirúrgica.
Si como consecuencia de alguna enfermedad o accidente el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico la Compañía le cubrirá los honorarios convenidos por cada consulta médica en clínica u hospital consultorio o domicilio a razón de una por día como máximo hasta un límite de treinta (30) consultas o visitas durante el transcurso de un (1) año.
Si como consecuencia de un accidente o enfermedad el Asegurado se encontrase recluido en hospital o sanatorio y durante su reclusión requiriese de la asistencia de enfermera especial, la Compañía le cubrirá los honorarios por este concepto hasta el máximo estipulado en el arancel. Fuera del hospital se cubrirá un máximo de treinta (30) días por cada accidente o enfermedad.
Gastos para tratamiento de SIDA se cubrirá hasta el porcentaje del máximo vitalicio establecido en Condiciones Particulares.
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 en un 30% adicional al coaseguro establecido, siempre aplicando los valores de deducible, gastos en exceso y sujeto a los costos razonables y acostumbrados para esa hospitalización o procedimiento.
Para todo manejo intrahospitalario 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, con fines de reconfirmación del procedimiento sugerido por el médico tratante.
Es requisito indispensable y obligatorio la Pre-Certificación para el manejo intrahospitalario quirúrgico o no quirúrgico, programado o electivo y los exámenes especiales indicados por un médico colegiado dentro del alcance de su licencia y especialidad, con un costo mayor o igual al establecido en las Condiciones Particulares, la Pre-Certificación deberá ser solicitada por el Asegurado a la Compañía cinco (5) días hábiles antes del tratamiento, 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.
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.
Cuando el Asegurado efectúe gastos cubiertos por esta Póliza fuera de la Republica de Honduras, la Compañía reembolsará su importe en las condiciones estipuladas en esta Póliza en el entendido de que los gastos a cargo del Asegurado serán del 30% sobre el valor de cada reclamación.
El período de presentación de reclamos de gastos médicos a la Compañía será de noventa (90) días.

CLÁUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueden influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

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

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

La Compañía tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer (1) año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada la Compañía a pagar la indemnización.

Si el seguro concerniera a varias cosas o personas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia.

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 ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por la Compañía o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

A pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, la Compañía no podrá resolver el contrato en los casos siguientes:
I.-Si él mismo provoca la omisión o inexacta declaración;
II.-Si la empresa conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido;
III.-Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y
IV.-Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si el dato omitido quedase contestado con alguna otra declaración y ésta fuere omisa o inexacta en los hechos.

En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieren noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor de la Compañía las disposiciones de los párrafos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero.

CLÁUSULA No. 7 PAGO DEPRIMA

Las primas para el primer (1) año de esta Póliza serán las correspondientes al género y edad del Asegurado en la fecha de emisión y sus dependientes asegurados inscritos; y la primera vence en el momento de la iniciación del contrato.

Si el Asegurado opta por el pago fraccionario de la prima las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicándose los siguientes recargos: 3% para el pago semestral, 5% para el pago trimestral, 8% para el pago mensual.

La Compañía no tiene la obligación de cobrar las primas en el domicilio del Asegurado, ni de dar aviso de vencimiento. En caso de que así lo hiciere, ello no establecerá precedente ni obligación alguna para la Compañía.

En cada aniversario anual la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha y los recargos por alta siniestralidad que determine la Compañía de acuerdo con la experiencia y procedimiento que para tal efecto se fijen.

CLÁUSULA No. 8 VIGENCIA

Se estipula en las Condiciones Particulares la vigencia, la cual puede ser Anual o Periódica con Renovación Automática hasta el Año.

CLÁUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

De contratarse cobertura de fallecimiento, el Asegurado tendrá derecho a designar un tercero como Beneficiario sin la necesidad del consentimiento de la Compañía. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro. El Asegurado, aún en el caso de que haya designado en la Póliza a un tercero como Beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él, lo comunique al Beneficiario y a la Compañía. La renuncia se hará constar forzosamente en la Póliza y esta constancia será único medio de prueba admisible.

Salvo lo dispuesto anteriormente, esta cláusula establece en provecho del Beneficiario un derecho propio sobre el crédito que el Artículo 1236 del Código de Comercio le atribuye, en cual podrá exigir directamente a la Compañía.

CLÁUSULA No. 10 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

1) El Asegurado se compromete a suministrar a la Compañía todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de este seguro.
2) El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplea comprobantes falsos.

CLÁUSULA No. 11 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar por escrito a la Compañía las agravaciones esenciales que influyan en su salud o la de su grupo familiar, durante la vigencia del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. La Compañía, a su vez, comunicará por escrito al Asegurado su decisión sobre la continuación, modificación o rescisión del Contrato, en este último caso su responsabilidad concluirá quince (15) días después de haber comunicado tal resolución al Asegurado. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

Se presumirá siempre que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la Compañía habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

CLÁUSULA No. 12 AVISO DEL SINIESTRO

a) Es obligación del Asegurado dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros cinco (5) días de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.
b) El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 1146 del Código de Comercio si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito, y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.
Si el Asegurado o el beneficiario no cumplen con la obligación de avisar del siniestro en los términos anteriores, la Compañía podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiese importado si el aviso se hubiera dado oportunamente.
c) En toda reclamación deberá comprobarse a satisfacción de la Compañía y por cuenta del Asegurado la realización del siniestro. El Asegurado deberá presentar a la Compañía las formas de declaración correspondientes que para el efecto se le proporcione, así como los comprobantes originales legalizados de los gastos efectuados. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.
d) La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeros titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y los gastos de internación efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados.
No se reconocerá por parte de la Compañía ningún pago a establecimiento de caridad, beneficencia o asistencia social o cualesquiera otros semejantes donde no se exige remuneración.

Pago de indemnizaciones y procedimientos para la aplicación del deducible y el porcentaje de gastos a cargo del Asegurado:

a) Las indemnizaciones que resulten conforme el presente contrato serán liquidadas en el domicilio de la Compañía en el curso de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se reciban los documentos e informaciones que le permita conocer el fundamento de la reclamación.
b) Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas al Asegurado.
c) La vigencia de esta Póliza terminará automáticamente con el agotamiento de la suma contratada como cobertura máxima, por aplicación de dicha cantidad a uno o más de los accidentes o enfermedades sufridas por el Asegurado durante la vigencia de esta Póliza.
d) En la liquidación de toda reclamación amparada por esta Póliza, el total de los gastos se ajustará a los límites establecidos en la Cláusula No. 5 “Limites de Responsabilidad”. Al importe así establecido se le rebajará primero la cantidad establecida como deducible y después al porcentaje de coaseguro sobre los gastos a cargo del Asegurado. El saldo que resulte será el que pagará la Compañía.

En caso de que los gastos se efectúen en el extranjero el porcentaje a cargo del Asegurado se aumentará en diez (10) puntos.

En consideración a la adquisición de esta póliza la Compañía pone a disposición del Asegurado

CLÁUSULA No. 13 TERMINACIÓN ANTICIPADA

Cuando por cualquier causa la Compañía opte por la rescisión del Contrato, ella devolverá en efectivo al Asegurado, el importe calculado a Prorrata de la prima no devengada. Esta rescisión no invalidará el derecho de la indemnización por cualquier accidente ocurrido con anterioridad y durante la vigencia de esta Póliza.

El Asegurado queda facultado para rescindir este Contrato de Seguro en cualquier momento y la Compañía devolverá a éste la prima no devengada a prorrata. Esta rescisión no invalidará el derecho de la indemnización por cualquier reclamo presentado con anterioridad y durante la vigencia de esta Póliza.

CLÁUSULA No. 14 RENOVACIÓN

Esta Póliza se renovará conforme lo siguiente:

a) Esta Póliza se considerará renovada por períodos de un (1) año, si dentro de los últimos treinta (30) días previos a cada aniversario anual alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito, de su voluntad de darla por terminada.
b) El contrato podrá renovarse por mutuo consentimiento de las partes, por períodos anuales consecutivos y bajo las mismas condiciones, siempre que el Asegurado pague las primas correspondientes.
c) No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuyas edades a la fecha de renovación anual, estén fuera de los límites establecidos por esta Póliza.

CLÁUSULA No. 15 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescriben 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 riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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 estos 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 que, de conformidad con los preceptos legales, la Compañía hiciere para el cobro de dicha prima.

CLÁUSULA No. 16 CONTROVERSIAS
Cualquier controversia o conflicto entre las Instituciones de Seguros y sus Contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación y arbitraje o por la vía judicial.

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

CLÁUSULA No. 17 COMUNICACIONES
Toda declaración o comunicación a la Compañía relacionada con la presente Póliza deberá hacerse por escrito a las Oficinas de la misma.
Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones, declaraciones o pagos a nombre de la Compañía.
Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Asegurado o sus causahabientes, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella.

CLÁUSULA No. 18 OTROS SEGUROS
El Asegurado que cuente con más de una cobertura de seguro sobre su persona con una o varias compañías aseguradoras, estará obligado a reportarlo al momento de la contratación de esta póliza.

CLÁUSULA No. 19 TERRITORIALIDAD
El presente seguro cubre los gastos detallados en esta Póliza en la República de Honduras, o bien en Centro América o en el mundo entero, conforme el plan seleccionado, lo cual se estipula en las Condiciones Particulares.

CLÀUSULA No. 20 DEDUCIBLE
Cantidad o porcentaje establecido en una Póliza, que siempre quedara a cargo del Asegurado, el cual deberá superarse por el Asegurado para que se indemnice una reclamación.

CLÀUSULA No. 21 COASEGURO
Es la cantidad o porcentaje establecido en una póliza que quedara a cargo del Asegurado calculado sobre los valores elegibles de los gastos erogados por el Asegurado.

CLÁUSULA No. 22 SUICIDIO
El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre gastos resultantes de Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

CLÁUSULA No. 23 EDAD

La Compañía no aceptará el ingreso a esta Póliza de ninguna persona menor de diez (10) días ni mayor de sesenta y cinco (65) años de edad. La renovación del seguro podrá hacerse hasta un límite de setenta (70) años de edad de cada Asegurado una vez éste haya sido inscrito con anterioridad cancelándose automáticamente cuando el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad.

Si a consecuencia de inexacta declaración de la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del contrato del seguro, hubiera estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán nulos y sin ningún valor para con el Asegurado y la Compañía reintegrará al Asegurado el 75% de la parte de la prima que se hubiera pagado en el último año de vigencia de la Póliza.

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

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración o de la renovación del contrato de seguro, se estuviese pagando una prima más elevada a la correspondiente a la edad real, la Compañía reembolsará al Asegurado la diferencia entre la prima cobrada y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

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

CLÁUSULA No. 24 MONEDA

Esta Póliza ha sido emitida en la moneda que se indica en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Por lo que, tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar bajo esta Póliza, son liquidables en los términos de la Ley Monetaria vigente y aplicable a la fecha en la cual las obligaciones se conviertan en líquidas y exigibles.

CLÁUSULA No. 25 PERÍODO DE GRACIA

El Asegurado gozará de un período de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. A las doce horas (12:00 Meridiano) del último día del período de espera los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Asegurado no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada.

Si ocurriere un siniestro durante el período de gracia, la Compañía deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de esta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de este seguro contratado.

CLÁUSULA No. 26 REHABILITACIÓN

El Asegurado dispondrá de tres (3) meses más para rehabilitar el seguro, pagando las primas vencidas; al final de este último plazo caducará totalmente el contrato.

CLÁUSULA No. 27 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en que el Asegurado, o 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 ForeingAssets 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. 28 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.