

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiera 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

GASTOS MÉDICOS: La Compañía indemnizará al Asegurado, una vez aplicado el coaseguro y deducible, si lo hubiera, los Gastos Médicos y de Hospitalización en base a lo razonable y acostumbrado, incurridos por el asegurado o por cualquiera de sus dependientes elegibles, como consecuencia de una enfermedad o accidente amparado por esta póliza, hasta el máximo vitalicio establecido en las condiciones particulares de la misma.

Queda convenido que el máximo vitalicio no se aplicará por cada hospitalización o reclamo ambulatorio separado y que las indemnizaciones que se pagasen seguirán acumulándose hasta llegar al máximo vitalicio total asegurado bajo este riesgo, en ningún caso se pagará más de la suma estipulada por el asegurado.

La Compañía reconocerá al Asegurado, los gastos médicos que a continuación se mencionan y de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares y anexos de la póliza, si los hubiere, mientras se encuentren formando parte del grupo asegurado:

- a) Cuarto y alimentos durante la reclusión en un hospital, pagaderos hasta el máximo diario establecido en las condiciones particulares de la presente póliza, excluyendo cama de acompañante, uso de teléfono, televisor, fax, internet y similares.
- b) Gastos especiales de hospital, consistentes en los demás servicios suministrados en el hospital para la atención médica cuando se incurra en gastos por cuarto y alimentos y/o atención en sala de emergencias.
- c) Atención médica suministrada por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión.
- d) Honorarios por procedimientos quirúrgicos, realizados por un médico cirujano legalmente autorizado para ejercer la profesión.
- e) Aplicación de anestesia y honorarios de anestelistas autorizados legalmente para el ejercicio de su profesión.
- f) Honorarios por consultas médicas ambulatorias, en sanatorio u hospital, consultorio o a domicilio cuando fuere necesario, a razón de una por día.
- g) Honorarios por atención suministrada de servicio privado de enfermera titulada que no sean el cónyuge, hijo, hija, hermano, hermana, padre o madre del asegurado o de su cónyuge y que no vivan en la casa del asegurado.
- h) Tratamientos suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento.
- i) Servicio autorizado de ambulancia profesional terrestre, utilizado para traslado del paciente del lugar donde ocurre el accidente o se contrae la enfermedad al hospital

siempre que exista cargo por cuarto y alimentos o uso de sala de emergencia debidamente justificado.

- j) Gastos por sangre o plasma, miembros y ojo artificial, yeso, tablilla, braguero, muletas u otro equipo similar, vendajes quirúrgicos, oxígeno y costo de alquiler de equipo necesario para su aplicación, alquiler de sillas con ruedas o cama especial, pulmón artificial u otro equipo necesario para tratamiento de parálisis respiratoria.
- k) Drogas o medicinas estrictamente recetadas por un médico y que sean adquiridas en establecimientos debidamente autorizados para su expendio (no incluye vitaminas, ni estimulantes del apetito.)
- l) Por servicios relacionados con el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sus complicaciones o cualquier desorden, enfermedad o síntoma relacionados, hasta el cincuenta por ciento (50%) del máximo vitalicio.
- m) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean llevados a cabo por un dentista o cirujano dental, legalmente autorizado para ejercer dicha profesión, pero únicamente a consecuencia de un accidente cubierto por el plan, llevados a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes de dicho accidente, incluyendo la colocación en su lugar de la mandíbula fracturada y el reemplazo de dientes, si éstos eran naturales. Es requisito la presentación de radiografías y la información para comprobar el daño sufrido en el accidente.
- n) Extracción de la tercera molar impactada, enviando como soporte las radiografías pre y post tratamiento.
- o) Análisis de laboratorio, rayos x, electroencefalograma, electrocardiograma, tomografía axial computarizados (TAC) u otros indispensables para diagnósticos o tratamiento de enfermedad o accidente.
- p) Tratamientos de enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales incurridos mientras el asegurado se encuentre hospitalizado o por aplicación de terapia para tratamiento de convulsiones ya sea que se encuentre hospitalizado o no.
- q) Por cirugía plástica sólo en:
 - i. Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente mientras la persona se encuentre asegurada en la presente póliza y que el mismo sea realizado dentro de los 180 (ciento ochenta) días siguientes a dicho accidente.
 - ii. Tratamiento de irregularidades congénitas en un niño que nazca durante la vigencia de la póliza y que el padre o madre estén asegurados con seguro para dependientes y que la maternidad haya sido cubierta por esta póliza.
- r) Tratamientos por condiciones pre-existentes:

Se entiende por condiciones pre-existentes, enfermedades, lesiones, condiciones o síntomas que se hubieren manifestado dentro de los 5 (cinco) años anteriores a la fecha de efectividad de la cobertura para la persona asegurada; que tuvo advertencia médica o consultó a un médico, que recibió tratamiento médico, servicios o suministros, que se le ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico, tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas; aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos inducirían a una persona normalmente prudente a asistir o consultar un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Para que una condición pre-existente sea cubierta normalmente después de transcurrido el periodo de espera deberá:

- i. Haber sido comunicada a la Compañía en la solicitud y en la prueba de asegurabilidad.
 - ii. No haber sido excluida de la cobertura mediante un endoso a la póliza.
- s) Atenciones y servicios brindados a un hijo dependiente entre el momento de nacer y el décimo día, siempre y cuando la maternidad sea cubierta y que el titular haya pagado prima por dependientes, en los siguientes casos:
- i. Por enfermedad contraída dentro del hospital
 - ii. Por condiciones congénitas anormales, y
 - iii. Por nacimiento prematuro
- Nota:** Se afectará el máximo vitalicio de la madre.
- t) Trasplantes de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.

CLÁUSULA No. 2.- EXCLUSIONES

En ningún caso la Compañía será responsable por los gastos siguientes:

- 1) Los correspondientes a reconocimientos médicos o exámenes por razón de chequeo general que no sean relacionados con el tratamiento de una enfermedad.
- 2) Refracciones de la vista, habilitación de lentes, de audífonos y gastos relacionados con la queratoplastia.
- 3) Por tratamientos dentales, excepto que sean tratamientos a causa de un accidente, cubierto la póliza.
- 4) Por tratamientos de problemas de la mandíbula incluyendo el síndrome temporomandibular, cráneo-mandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
- 5) Lesiones causadas así mismo mientras el asegurado esté en uso o no de sus facultades mentales.
- 6) Tratamiento asesoramiento y lesiones o enfermedades por el uso de alcohol y/o drogas.
- 7) Lesiones o enfermedades causadas en actos de guerra (sea ésta declarada o no) insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política en general, sea con participación voluntaria o no.
- 8) Por cirugía plástica cosmética, a menos que sea necesaria a consecuencia de una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado está cubierto bajo la póliza.
- 9) Tratamiento por control de peso, de la obesidad y calvicie.
- 10) Tratamientos homeopáticos (naturistas).
- 11) Por tratamientos psiquiátricos de enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales recibidos ambulatoriamente.
- 12) Los servicios médicos suministrados:
 - a) En un Hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno o por el I.H.S.S. y
 - b) Por cualquier otro servicio de asistencia médica por los que el asegurado no tiene que pagar.
- 13) Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
- 14) Por tratamiento médico o quirúrgico de nariz y/o senos paranasales que sean originados por enfermedad o un accidente no ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- 15) Tratamientos o servicios médicos quirúrgicos recibidos por esterilidad (incapacidad para concebir por medios naturales), recanalización de trompas, endometriosis, fecundación in vitro, y cualquier otro procedimiento de índole semejante.

- 16) Cuidados o tratamientos de defectos congénitos o condiciones congénitas anormales, excepto para los niños nacidos durante la vigencia de esta póliza y siempre y cuando la maternidad haya sido amparada, que el padre y/o la madre gocen de la cobertura para dependientes y que la inclusión del dependiente se realice en tiempo y forma (antes de cumplir un mes de nacido).
- 17) Pruebas de diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje.
- 18) Reversión de una esterilización.
- 19) Gastos efectuados por el propio asegurado que no tengan relación con la enfermedad o accidente reclamados.
- 20) Servicios proporcionados por un miembro de la familia inmediata de la persona asegurada o por cualquier otra que conviva con el asegurado.
- 21) Lesiones corporales accidentales sufridas mientras la persona se encuentre realizando actividades de aviación privada.
- 22) Gastos incurridos por tratamientos hechos antes de la fecha efectiva de esta póliza o gastos incurridos por tratamientos realizados después de la fecha de terminación de la póliza, como resultado de accidentes o enfermedades ocurridas mientras la póliza se encontraba en vigor.
- 23) Fármacos o medicamentos que no hayan sido debidamente aprobados por la Asociación de Alimentos y Drogas -FDA- (Food and Drugs Association) para su uso.
- 24) Cobertura ocupacional para los dependientes.
- 25) Gastos por accidentes originados por la práctica de deportes extremos.
- 26) Tratamientos de remplazo hormonal por menopausia, andropausia o planificación Familiar.
- 27) Cualquier gasto de un procedimiento considerado como Experimental o Investigativo, cuando no esté oficialmente reconocido o aceptado en la práctica médica.
- 28) Gastos por vacunas preventivas (excepto las vacunas contempladas en el cuadro básico) o exámenes de rutina, incurridos por individuos mayores de 10 años de edad.
- 29) Cualquier gasto relacionado con la impotencia sexual.
- 30) Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para transformación sexual.
- 31) No serán elegibles los gastos presentados por trastornos o enfermedades hormonales de ningún tipo.
- 32) Maternidad para hijas dependientes.
- 33) Gastos que no hayan sido prescritos por un médico legalmente autorizado.
- 34) Intento de suicidio, sus complicaciones o secuelas independientemente que el asegurado se encuentre o no en su sano juicio.
- 35) Lesiones causadas al asegurado cuando conduzca o viaje como pasajero de un automóvil o cualquier vehículo motor en carreras, pruebas de velocidad, resistencia.

CLÁUSULA No. 3.- FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El contrato de seguro queda constituido por la solicitud del seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los anexos o endosos adheridos y firmados a la presente póliza y cualquier otro documento en caso de que los haya.

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, toda lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por asegurado o familiar dependiente independientemente de su voluntad.
- 2) **Actividad Económica:** El giro o finalidad del negocio y/u ocupación del Asegurado.
- 3) **Agravación de Riesgo:** Cambios que por su impacto pueden modificar la apreciación del riesgo, de tal suerte que la Compañía no habría dado su consentimiento o la habría dado en condiciones distintas si al celebrarse el contrato se hubiera conocido el estado o situación.
- 4) **Asegurado:** El nombre de la persona natural o jurídica que aparecen en las Condiciones Particulares como Asegurado.
- 5) **Anexo o Endoso:** Texto agregado a la Póliza y autorizado por la Compañía para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones. Forma parte inseparable de las condiciones de este contrato.
- 6) **Beneficiario:** La persona natural o jurídica que de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza recibirá el pago de la indemnización después de la ocurrencia de un siniestro.
- 7) **Cirugía:** Es una forma de diagnóstico invasivo, o al tratamiento de una enfermedad o lesión mediante técnicas manuales o instrumentales realizadas por un médico, mientras el paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia local o general.
- 8) **Cobertura:** Es la protección que otorga La Compañía al Asegurado por medio de los beneficios de la póliza.
- 9) **Comisión Nacional de Bancos y Seguros:** Entidad encargada de la supervisión, inspección y vigilancia de la actividad bancaria, de seguros, previsionales, de valores y demás relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público.
- 10) **Compañía:** Seguros del País, S.A.
- 11) **Condiciones Particulares:** Estipulaciones del contrato de seguro relativas a la naturaleza del riesgo cubierto que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del Asegurado y los dependientes, si los hubiere, la descripción, el máximo vitalicio o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, el lugar y la forma de pago, vencimiento de la prima, la vigencia del contrato, entre otros.
- 12) **Contratante:** Se refiere a la persona individual que contrata la Póliza para sí misma o para otras personas; o, la persona jurídica que contrata la Póliza para otras personas; siendo responsable ante la Compañía de pagar la prima de seguro en su totalidad.
- 13) **Coaseguro:** Es el porcentaje que se establece en las condiciones particulares de esta póliza a cargo de cada asegurado y cada familiar dependiente después de haber sido aplicado el deducible correspondiente.
- 14) **Condiciones Particulares:** Estipulaciones del contrato de seguro relativas a la naturaleza del riesgo cubierto que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del Asegurado y los beneficiarios, si los hubiere, el grupo asegurable, el máximo vitalicio o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, el lugar y la forma de pago, vencimiento de la prima, la vigencia del contrato, entre otros.

- 15) Deducible:** Suma o porcentaje, previamente establecido en las condiciones de la póliza, que se deduce del monto de indemnización. Es la suma inicial a cargo del Asegurado.
- 16) Dependiente:** Se considerará(n) como familiar(es) dependiente(s) únicamente al cónyuge del Asegurado Titular y a los hijos, hijastros o hijos legalmente adoptados, que sean solteros, que vivan en la misma residencia del Asegurado Titular, que se encuentren estudiando y que dependan económicamente de éste.
- 17) Enfermedad Pre-existente:** Se entiende por condiciones pre-existentes: enfermedades, lesiones, condiciones o síntomas que se hubieren manifestado dentro de los cinco (5) años anteriores a la fecha de efectividad de la cobertura para la persona asegurada; y que en consecuencia ha recibido o recibió tratamiento médico o servicios, y que por sus síntomas o signos inducirían a una persona normalmente prudente a asistir o consultar un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.
- 18) Fallecimiento:** Es la muerte del Asegurado ya sea por accidente o enfermedad. Para los casos de “Muerte Presunta” esta Póliza se registrará por lo establecido en el Código Civil y cualquier otra ley que regule al respecto al momento de ocurrir el siniestro.
- 19) Hospital:** Significa, para los efectos de esta Póliza, una institución organizada de acuerdo con la ley, que cuenta con instalaciones para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, inclusive instalaciones para diagnóstico y cirugía, que brinda atención durante veinticuatro (24) horas diarias bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras, legalmente autorizados para ejercer.
- 20) Indemnización:** Es el pago que se realiza al Asegurado o Beneficiario por los gastos, cubiertos por la póliza contratada.
- 21) La Ley:** Las leyes aplicables de la República de Honduras.
- 22) Máximo Vitalicio:** Es la suma máxima a reembolsar por el conjunto de siniestros que pudiera presentar el asegurado mientras esté vigente la cobertura de este seguro, debiéndose aplicar a este valor los deducibles y coaseguros correspondientes establecidos en el cuadro de beneficios de esta póliza.
- 23) Póliza:** Documento que instrumenta el contrato de seguro, en el cual se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el contratante y la Compañía.
- 24) Riesgo:** Se emplea este concepto para expresar indistintamente dos (2) ideas diferentes; de un lado, riesgo como los gastos cubiertos; de otro, riesgo como posible acontecimiento, cuya aparición real o existencia se previene y ampara en la póliza.
- 25) Siniestro:** Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce daños amparados en la póliza hasta determinada cuantía. Siniestro es, pues, un acontecimiento que, por originar unos daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la Compañía a satisfacer, total o parcialmente, al Asegurado o a sus Beneficiarios, el capital garantizado en el contrato.

Cualquier palabra o expresión que haya recibido un significado específico en esta póliza, en algún anexo o sección, conservará la misma definición en cualquier lugar que aparezca en la póliza, anexo o sección.

CLÁUSULA No. 5.- LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

De acuerdo al máximo vitalicio convenido con el Contratante, indicado en las Condiciones Particulares, se establecen los límites máximos de responsabilidad de la Compañía, bajo ningún

concepto, la Compañía estará obligada a indemnizar un límite mayor de los indicados en esta Póliza.

CLÁUSULA No. 6.- DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Este contrato se basa en la solicitud del Asegurado y sus declaraciones, por consiguiente cualquier dato inexacto u ocultado, que conocido por la Compañía la hubiera retraído a emitir esta Póliza o llevado a modificar sus condiciones, producirá la nulidad del contrato cuando el Asegurado haya obrado con dolo o con 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 (3) meses siguientes en que haya tenido tal conocimiento.

Si el Asegurado procedió sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante notificación que hará el Asegurado a la Compañía, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o reticencia.

CLÁUSULA No. 7.- PAGO DE PRIMA

El valor de la prima correspondiente a esta Póliza vence en la fecha de celebración del contrato por lo que se refiere al inicio de vigencia de la Póliza o en otras fechas que sean acordadas entre la Compañía y el Contratante y descritas en las Condiciones Particulares. La forma de pago puede ser cambiada en cualquier momento de la vigencia de la Póliza, previa solicitud escrita del Contratante y aceptada por la Compañía mediante anexo firmado y adherido a la Póliza en que se haga constar la modificación.

Si el Contratante no hace el pago de la prima en las fechas indicadas, la Compañía podrá requerir que lo haga dentro de quince (15) días calendario por medio de carta certificada con acuse de recibo. Transcurrido ese plazo sin que efectúe dicho pago, quedarán automáticamente en suspenso los efectos de la presente Póliza. Si dentro de los siguientes diez (10) días calendario el Contratante no efectúa el pago, la Compañía podrá declarar la rescisión del contrato, notificándolo a el Contratante, y exigirle por vía ejecutiva el pago de la prima correspondiente al período de vigencia de esta Póliza previo a su rescisión. En caso de ocurrir al Contratante alguna pérdida o daño cubiertos por esta Póliza antes de la rescisión del contrato, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Contratante o Beneficiario del Asegurado el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones aún no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

CLÁUSULA No. 8.- VIGENCIA

La vigencia de esta Póliza será la detallada en las Condiciones Particulares; y vencerá automáticamente al mediodía de la fecha en que para su terminación se expresa en las Condiciones Particulares.

La Compañía puede dar por terminada la cobertura para los familiares dependientes en cualquier fecha, mediante notificación escrita al contratante por lo menos con treinta (30) días de anticipación, si el número de dependientes o familiares dependientes asegurados no reúne los requisitos, la cantidad y/o porcentaje establecido en las condiciones particulares de la póliza.

CLÁUSULA No. 9.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante queda obligado a proporcionar a La Compañía toda información relativa a cualquier modificación al grupo asegurado:

- a) Solicitudes de nuevos ingresos al grupo asegurado.
- b) Notificación de las bajas de los Asegurados
- c) Cambios de Máximo Vitalicio.
- d) Cualquier cambio o modificación que altere las condiciones del grupo asegurado.

Si el Contratante incurriere involuntariamente en el error de no informar sobre el ingreso de algún miembro del Grupo que reúna los requisitos establecidos por esta Póliza para ser elegible, éste no será privado de los beneficios del seguro. Asimismo, la falta de información sobre la terminación del seguro de cualquiera de las personas amparadas por esta Póliza no se tomará en el sentido de que el seguro continúa en vigor.

CLÁUSULA No. 10.- PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Son prohibiciones del Contratante:

- a) Declaraciones falsas o inexactas del grupo asegurado.
- b) No informar en los tiempos establecidos en las Condiciones Generales y Especiales de la Póliza información que modifique las condiciones del grupo asegurado.

CLÁUSULA No. 11.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Contratante será responsable de dar aviso a la Compañía durante el período del Seguro, de cualquier agravación esencial del riesgo del (los) Asegurado(s), aun cuando fueren temporales, tanto de su profesión como de su salud, que modifiquen notablemente el riesgo, tales como: cambios de actividad profesional, actividades deportivas, ocupaciones u otros. Si el Contratante omite dar el aviso dentro de treinta (30) días calendario posterior a la agravación del riesgo, cesará de pleno derecho la obligación de la Compañía en lo sucesivo.

CLÁUSULA No. 12.- AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro el Contratante, el Asegurado, dependiente o su representante legal deben dar aviso por escrito a la Compañía dentro del plazo descrito en cada una de las coberturas que se describe a continuación, en caso de no cumplir con el plazo de aviso antes descrito, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula No. 15 "Prescripción" de estas condiciones.

El Contratante, el asegurado, dependiente o su representante legal, deberá comprobar el reclamo, utilizando el formulario que para tal objeto proporciona la Compañía y de acuerdo con las instrucciones contenidas en el mismo. Asimismo, estará obligado a presentar a la Compañía, cualquier otro documento que se le requiera con el objeto de comprobar el reclamo.

De acuerdo a la cobertura se deberá proporcionar los siguientes documentos:

A.- EN CASO DE GASTOS MÉDICOS

- 1) El Asegurado, dependiente o su representante legal que presente un caso sobre el cual puede establecerse una reclamación, deberá notificar a la Compañía junto con la prueba

de la lesión o enfermedad, a más tardar dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de que ocurrió el accidente o se originó la enfermedad.

- 2) Formulario de reclamación debidamente completado.
- 3) Comprobantes originales de facturas de servicios hospitalarios por atención a consecuencia de accidente o enfermedad.
- 4) Informe o dictamen médico de la declaratoria de incapacidad, atestiguando causas, naturaleza y probables consecuencias de la lesión o enfermedad sufrida.
- 5) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del siniestro.

Si el gasto médico hospitalario es fuera del territorio Hondureño, la Compañía concede para el aviso respectivo un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario, contados desde la fecha del suceso.

La falta de cumplimiento dentro de los plazos fijados, de las obligaciones señaladas en esta Cláusula, permitirá a la Compañía disminuir la indemnización a la cuantía correspondiente, si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas la enfermedad o accidente, la Compañía quedará liberada del pago de toda indemnización.

La aceptación por parte de la Compañía de los documentos e informes que enumera la presente cláusula no implica admisión de responsabilidad alguna.

CLÁUSULA No. 13.- TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este Contrato de Seguro termina de forma anticipada su cobertura por las siguientes causas:

- 1) Por falta de pago de la prima.
- 2) A solicitud del Contratante, en cuyo caso, la Compañía tendrá el derecho de retener la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual la Póliza ha estado en vigor, de acuerdo con la tarifa a corto plazo.
- 3) Por decisión de la Compañía, en este caso, la Compañía deberá notificar al Contratante por lo menos quince (15) días hábiles de anticipación, a través de: a) Medio escrito con acuse de recibo, b) Correo electrónico, c) Correo certificado, d) Cualquier otro medio que demuestre la comunicación con el Contratante o Asegurado.

Será obligación de la Compañía devolver al contratante la parte proporcional de la prima correspondiente al tiempo que falte por finalizar vigencia.

En los casos de vigencia a corto plazo se aplicará la siguiente tabla:

Vigencia del Seguro	Porcentaje	Vigencia del Seguro	Porcentaje
Hasta 10 días	15%	de 4 meses a 5 meses	70%
De 10 días a 1 mes	25%	de 5 meses a 6 meses	75%
De 1 mes a 1.5 de mes	30%	de 6 meses a 7 meses	80%
de 1.5 de mes a 2 meses	35%	De 7 meses a 8 meses	85%
De 2 meses a 3 meses	45%	De 8 meses a 9 meses	90%
de 3 meses a 4 meses	60%	de 9 meses o más	100%

CLÁUSULA No. 14.- RENOVACIÓN

Esta Póliza puede ser renovada a petición del Contratante y con previo consentimiento de la Compañía, pero la renovación deberá constar en documentos firmados por la Compañía y se regirá por las condiciones consignadas en el mismo.

CLÁUSULA No. 15.- PRESCRIPCIÓN

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

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

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

CLÁUSULA No. 16.- CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Compañía y Asegurado sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento, o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de 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 o arbitraje salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral

CLÁUSULA No. 17.- COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones o declaraciones que han de hacerse a la Compañía se enviarán por escrito directamente a su dirección, señalada en este contrato.

Salvo el cobro de las indemnizaciones en caso de siniestro, todo lo relativo a esta Póliza será tratado por el Contratante, Asegurado o su Beneficiario y por tanto, todas las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer al Contratante, Asegurado o su Beneficiario, se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando éstas sean enviadas al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

CLÁUSULA No. 18.- OTROS SEGUROS

El Asegurado tendrá la obligación de poner inmediatamente en conocimiento de la Compañía, por escrito, la existencia de todo otro seguro que contrate con otra Institución sobre el mismo riesgo y por el mismo interés, indicando el nombre del asegurador y el máximo vitalicio.

Al no cumplir el Asegurado con este requisito, la Compañía queda liberada de todas sus obligaciones bajo esta Póliza.

CLÁUSULA No. 19.- TERRITORIALIDAD

Las coberturas amparadas por esta Póliza, se aplicarán en territorio indicado en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA No. 20.- EDAD

Bajo esta póliza se incluyen personas titulares de diecinueve (19) años, con terminación de la cobertura al cumplir los setenta (70) años de edad.

La edad declarada por el asegurado será comprobada en forma fehaciente antes de que la compañía efectúe cualquier pago en relación con la póliza.

Si en la comprobación resultare que la edad verdadera del asegurado al ingresar al plan se encontraba fuera de los límites de aceptación de la compañía, ésta no será responsable del pago de ningún beneficio y procederá a la devolución de la prima recibida menos los gastos de emisión en que haya incurrido.

Si la edad verdadera fuese distinta de la declarada, pero encontrándose comprendida en los límites de aceptación de la compañía y si la edad es considerada como base para determinar la elegibilidad de asegurados y el pago de reclamos, automáticamente será corregido el procedimiento efectuado en la inclusión, haciéndose el ajuste en la prima, y en el pago de cualquier reclamo, debiendo el contratante cuando corresponda, resarcir a la compañía cualquier cantidad que resulte de dicha corrección.

CLÁUSULA No. 21: PERÍODO DE GRACIA

Después de pagar la primera prima, se concede para el pago de las otras, un período de gracia de treinta (30) días calendario, durante el cual no se imponen intereses y la Póliza continúa vigente.

Pero si al terminar dicha prórroga la prima no ha sido pagada, la cobertura de esta Póliza se terminará automáticamente, de acuerdo a lo establecido en el segundo párrafo del Artículo 1249 del Código de Comercio. En caso de ocurrir un siniestro durante el período de gracia la Compañía deducirá la prima adeudada de la indemnización que corresponda.

CLÁUSULA No. 22: REHABILITACIÓN

Si esta Póliza hubiere sido cancelada por falta de pago de las primas, esta podrá ser rehabilitada dentro de un plazo de treinta (30) días calendario contado a partir de la fecha de cancelación, previa solicitud escrita del contratante y aceptada por la compañía, dicha rehabilitación es únicamente para amparar accidentes sufridos posteriormente a la fecha de la rehabilitación.

CLÁUSULA No. 23.- DEDUCIBLE

El deducible para las coberturas de esta Póliza, se indica en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA No.24 MONEDA

Este seguro se ofrece en moneda nacional (Lempiras) o en moneda extranjera (US dólares), según lo pactado.

CLÁUSULA No. 25.- COMPAÑÍAS SUBSIDIARIAS O AFILIADAS

Para todos los efectos de la póliza, se considerarán empleados del contratante, los de las compañías, corporaciones, firmas subsidiarias o afiliadas detalladas en las condiciones particulares.

A solicitud del contratante se pueden agregar nuevas compañías subsidiarias o afiliadas y éste queda obligado a comunicar por escrito la separación de cualquiera de ellas. No estarán asegurados los empleados de compañías no inscritas en esta póliza.

CLÁUSULA No. 26.- CAMBIO DE CONTRATANTE

La compañía podrá rescindir esta póliza en la fecha en que tenga conocimiento del cambio de contratante. Sus obligaciones terminarán quince (15) días después de haber notificado por escrito esta resolución al nuevo contratante, pero reembolsará a éste la parte de prima que corresponda al tiempo no transcurrido.

CLÁUSULA No. 27.- COORDINACION DE BENEFICIOS

El asegurado titular o dependiente (cónyuge e hijos) podrá presentar sus reclamaciones en esta póliza para coordinar sus gastos médicos (coaseguro, deducible y beneficios elegibles). Para ello se deben cumplir las condiciones siguientes:

- a) El plan donde el asegurado sea titular, debe ser el primero en utilizarse, antes del plan que lo cubra como dependiente (cónyuge e hijos).
- b) El pago total del reclamo de gastos médicos presentado, nunca sobrepasará el 100% de los gastos incurridos.
- c) La cantidad en concepto de reembolso pagadero por esta póliza, no excederá el máximo vitalicio contratado.
- d) No aplica coordinación de beneficios entre la misma póliza.

Requisito: Presentar liquidación original con firma y sello de la Compañía.

CLÁUSULA No. 28.- RECLAMACIONES

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

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

CLÁUSULA No. 29.- GASTOS EN EL EXTERIOR

Los gastos médicos hospitalarios incurridos en el extranjero, se reembolsarán cuando el asegurado o dependiente haya sido remitido por el médico de cabecera a recibir tratamiento en el exterior por no poderse llevar a cabo dentro del país, el cual deberá ser autorizado por la Compañía.

En caso de realizar el tratamiento sin la debida autorización y posterior al viaje se presente el reclamo se tomará como procedente por la Compañía, aplicando un porcentaje de coaseguro del cincuenta por ciento (50%).

En lo que refiere a la compra de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio, rayos x, se reembolsaran 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.

Las atenciones de emergencia se reconocerán si se comprueba mediante informe del médico tratante que el servicio de emergencia era indispensable.

CLÁUSULA No. 30.- PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización se realizará conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA No. 31.- MODIFICACIONES

Ninguna modificación a esta póliza será válida si no está autorizada por la firma de los funcionarios de la Compañía. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona de la Compañía no tienen facultad para hacer concesiones o modificaciones algunas.

CLÁUSULA No. 32.- REPOSICIÓN

En caso de destrucción, extravío o robo de la póliza o de algún endoso, la Compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del contratante.

CLÁUSULA No. 33.- LUGAR DE PAGO DE INDEMNIZACIONES

El pago de cualquier indemnización al Asegurado en virtud de esta póliza, lo hará la Compañía en sus oficinas.

CLÁUSULA No. 34.- ENDOSO DE 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 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 Indevido 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. 35.- 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.