SEGURO DE VIDA Y MÉDICO HOSPITALARIO INDIVIDUAL CREFIMED
CA+PLUS LIFE
CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el artículo 729 del Código de Comercio, si el Asegurado del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por La Compañía 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.

CLAUSULA No.1 COBERTURA

Los riesgos cubiertos en este seguro amparan al Asegurado por:

SEGURO DE VIDA.

a) COBERTURA BÁSICA: MUERTE.
La Compañía se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada si ocurre el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la cobertura de la póliza.

El seguro de Vida y Seguro Complementario de Accidentes y Desmembramiento son obligatorio para el Asegurado Titular y optativo para el Conyuge.

b) COBERTURAS ADICIONALES
El Asegurado tendrá a su disposición la opción de contratar las coberturas o beneficios adicionales que se ofrecen para el Seguro de Vida, contra el pago de la prima adicional correspondiente, las cuales se detallan a continuación:

1. BENEFICIO POR MUERTE, DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA ACCIDENTAL

En consideración a la solicitud del Asegurado y al pago por anticipado de la prima estipulada, la Compañía conviene en pagar una indemnización adicional igual a la Suma Asegurada Principal siempre y cuando el Asegurado falleciera a causa de accidente o llegará a sufrir a causa del mismo, la pérdida de alguno de los miembros, órganos o funciones que se detallarán a continuación, y siempre que al ocurrir, el Asegurado no haya cumplido la edad de sesenta y cinco (65) años, y que el fallecimiento o desmembramiento se produzca dentro de noventa (90) días a contar de la fecha del accidente.

Se considera accidente cubierto por esta cláusula, aquel que produzca al Asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en caso de ahogamiento o lesiones internas reveladas por la autopsia) y que ocasionen la muerte del Asegurado o la pérdida de algunos de sus miembros, órganos o funciones, siempre que tal lesión sea producida por la acción directa o violenta de causas externas o fortuitas.

Las indemnizaciones que pagará la Compañía en caso de accidente por esta cláusula, se establecerán con base en la Suma Asegurada de la cobertura principal de la Póliza, en las proporciones que se indican en la siguiente tabla:

TABLA DE BENEFICIOS	
Por muerte del Asegurado	La Suma Asegurada
Por la pérdida de:	
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos.	La suma Asegurada
Una mano y un pie.	La suma Asegurada
Una mano o un pie y la vista de un ojo.	La suma Asegurada
Una mano o un pie.	50% de la Suma Asegurada
La Vista de un ojo.	50% de la Suma Asegurada
El dedo pulgar.	25% de la Suma Asegurada
El dedo índice.	10% de la Suma Asegurada
Los dedos medio, anular o meñique.	5% de la Suma Asegurada

En lo que respecta a las manos y pies, la palabra "PÉRDIDA" implica desmembramiento causado por separación ya sea arriba o en la coyuntura de la muñeca o del tobillo, respectivamente. Con respecto a los ojos, la palabra "PÉRDIDA" implica la pérdida íntegra e irrevocable de la vista.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido por amputación total, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratare de otros dedos.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de las proporciones correspondientes a cada una, sin exceder de la Suma Asegurada de la cobertura principal.

El Beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas especificadas en la Tabla de Beneficios que precede, será el doble si tales lesiones corporales fueren sufridas:

a. Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o
b. Mientras el Asegurado vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor de uso público (con excepción de ascensores en minas); o
c. Como consecuencia del incendio de un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el Asegurado se encuentre al principio del incendio, y siempre que no sea el lugar de su trabajo.

2. GASTOS FÚNEBRES
Adicional a la Suma Asegurada básica de muerte se otorgará un valor, en concepto de GASTOS FÚNEBRES, que se estipulará en las condiciones particulares.

3. BENEFICIO DE REPATRIACIÓN
Al fallecimiento de un asegurado fuera de Honduras, por razones de su ocupación o no, se cubrirá dentro de la suma asegurada de vida, un 20% de la suma asegurada de vida básica, hasta un máximo de $ 5,000.00 previa presentación de documentos que soporten el gasto.
Este beneficio, aplica para los asegurados cuyo viaje haya iniciado dentro de la vigencia de la póliza y siempre que la póliza este en pleno vigor y efecto.
Los "Gastos de Repatriación" bajo esta póliza se limitan únicamente a aquellos servicios y suministros necesarios para la preparación del cuerpo del fallecido y la transportación a su país de residencia. Para hacer efectivo el reembolso de estos gastos deberá presentar las facturas correspondientes.
Este beneficio no será pagadero en el caso de un Asegurado Titular o Dependiente que fallezca fuera del Área Centroamericana, a menos que tenga contratado un plan de cobertura geográfica Mundial.

SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

COBERTURA BÁSICA:

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

1. **Gastos por suministros de hospital:**
   a) **Gasto diario por cuarto y alimentos: la cantidad que le cobre el hospital, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones**

Particulares, sin exceder de trescientos sesenta y cinco (365) días por cada período de incapacidad.

b) **Derecho al uso de sala de emergencias, sala de operaciones, cuidados intensivos y ambulancia.**
c) **Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, suministrados dentro del hospital.**
d) **Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.**
e) **Gastos por consumo de oxígeno, terapia de inhalación, transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares.**
f) **Gastos por alquiler de: silla de ruedas, cama especial de hospital, pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratorias.**

2. **Gastos y honorarios por tratamiento médico suministrado por un médico autorizado legalmente para ejercer la medicina, sujetando dichos gastos al arancel vigente.**
3. **Gastos y honorarios por procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano autorizado legalmente, sujetando dichos gastos al arancel vigente.**
4. **Los gastos de anestesia y honorarios de anestesiólogo autorizados legalmente para ejercer la profesión, sujetando dichos gastos al arancel vigente.**
5. **Gastos y honorarios por atención suministrada por enfermeras(os), de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados.**
6. **Gastos y honorarios por procedimientos suministrados por un radiólogo, indicado por un médico.**
7. **Gastos y honorarios por tratamientos suministrados por un fisioterapeuta, remitido por un médico especialista en el ramo.**
8. **Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente adquiridos fuera del hospital siempre que sean prescritos por un médico y suministrados por un farmacéutico autorizado para ello.**
9. **Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía, electromiografía, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios de velocidad de neuro-conducción o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza, sin que los reconocimientos de estos gastos representen obligación para la Compañía en caso de diagnosticar una enfermedad excluida por la misma.**
10. **Gastos por alquiler de oxígeno, terapia de inhalación, sueros u otras sustancias similares.**
11. **Gastos por tratamientos de una enfermedad o cirugía de los dientes o tejidos adyacentes practicados por un dentista u otra persona profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de**

los ciento ochenta (180) días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.

12. **Gastos por cirugía plástica reconstructiva practicado por un profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro, de los ciento ochenta (180) días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.**
13. **Gastos por trasplante de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.**
14. **Consultas Médicas**
15. **Terapias de Rehabilitación. Tratamientos quiroprácticos, siempre que los proporcione un médico legalmente autorizado.**
16. **Cobertura por virus de Papiloma Humano (VPH), siempre y cuando estén relacionados con un diagnóstico.**
17. **Gastos de recién nacido sano (sala cuna, pediatra) hasta el máximo indicado en el Cuadro de Beneficios.**
18. **Control de niño sano hasta el cumplimiento de los 12 años de edad.**
19. **Control Ginecológico dos veces al año para aseguradas titulares y cónyuges de los asegurados de acuerdo al costo razonable y acostumbrado. (incluye dos citologías y una mamografía al año).**
20. **Examen de PSA anual como chequeo rutinario para asegurados mayores de 40 años, cubierta siempre que sea indicada médicamente.**
21. **Extracción de terceras Molares Impactadas con la presentación de placas pre y post operatorias, hasta el máximo establecido en la siguiente tabla por cada una, la cirugía puede ser practicada por un odontólogo o maxilofacial, hasta el máximo indicado en las Condiciones Particulares.**
22. **Gastos por atención siquiátrica por accidente en un hospital a condición que el paciente se encuentre interno por lo menos 24 horas (No mediante consulta externa).**
23. **Los tratamientos programados y/o cirugías electivas dentro y fuera de Honduras, requieren de una PRECERTIFICACION MEDICA, misma que debe ser aprobada por la Compañía.**
24. **Trasplante de órganos sujeto a las siguientes condiciones:**
    a) **Los gastos deben ser médicamente necesarios.**
    b) **El procedimiento no puede ser experimental o para investigación.**
    c) **Se cubren los gastos médicos-hospitalarios del donante a partir de la hospitalización para la intervención quirúrgica de donación y hasta que se registre la salida del hospital, momento en el que cesará esta cobertura para el donante.**
    d) **Los gastos de compra del órgano están cubiertos.**
    e) **Los gastos no pueden exceder el máximo establecido para transplante de órganos que se indica en el Cuadro de Beneficios.**
25. **Traumatismo y cualquier gasto médico causado por fenómenos de la naturaleza.**

26. **Nebulizaciones**
27. **Enfermera privada siempre y cuando el paciente se encuentre hospitalizado y que sea autorizado por el médico especialista, sin parentesco alguno y que no residan en la misma casa.**
28. **Recetas prescritas en el IHSS deben ser aceptadas siempre y cuando el medico haya indicado el diagnostico en la misma.**
29. **Las circuncisiones únicamente por enfermedad comprobada y que sea indicado por el médico.**
30. **Anticonceptivos: siempre y cuando estén relacionados a un diagnostico que no sea natalidad.**
31. **Alergias y pruebas de alergia**
32. **Ambulancia terrestre en Honduras.**
33. **Plan oftalmológico y de acuerdo al plan escogido por el asegurado y el cual se detalla en las Condiciones Particulares. (Aplicable únicamente al asegurado titular).**

    Coberturas:

    a) **Consultas médicas referentes a tratamientos de refracción de la vista.**
    b) **Exámenes específicos para determinar la refracción que padece el paciente, sea este efectuado por un médico oftalmólogo o un optometrista, ambos debidamente autorizados.**
    c) **Gastos por la compra de Lentes, (se establece una suma asegurada fija máxima de rembolso para este rubro de acuerdo a la tabla por cada individuo asegurado por año póliza). Sin aplicación del deducible ni coaseguro**
    d) **Se incluirán como gastos elegibles los exámenes de la vista con un oftalmólogo y compra de los aros y lentes, siempre que exista en la vista del asegurado un cambio en la graduación de por lo menos dioptrías.**
    e) **Se excluyen los lentes de sol, de contacto o con fines cosméticos.**
    f) **Este beneficio para nuevos ingresos tendrá un periodo de espera de 6 meses**
34. **Suministro de lo indicado a continuación: yeso, tablilla, braguero, muletas, oxígeno, y alquiler de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria, prótesis u ortopedia, suministros de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos.**
35. **Esterilización quirúrgica femenina y masculina: Salpingectomia y Vasectomía hasta el valor indicado en las Condiciones Particulares para cada procedimiento (aplicando deducible y coaseguro).**
36. **Cobertura Gratis para Familiares Dependientes: En caso del fallecimiento del Asegurado principal se concederá la continuidad de seguro Médico para los familiares dependientes durante el periodo del año póliza en que ocurra el fallecimiento sin costo alguno para ellos, sujeto a lo siguiente:**

a. **Que al momento del fallecimiento, el Asegurado principal estuviera asegurado con sus dependientes pagando la tarifa respectiva.**
b. **El Asegurado principal y sus familiares dependientes deberán haber estado asegurados como mínimo durante 1 año en la Póliza.**
c. **Si un dependiente deja de ser elegible como tal, de conformidad a los términos de la Póliza, su cobertura termina**

37. Tratamientos suministrados a un recién nacido antes de salir del hospital cubierto hasta el monto del máximo vitalicio, siempre que éstos sean hechos mientras los padres del niño estén cubiertos con seguro para dependientes:

a) Por enfermedad contraída en el nacimiento.
b) Por condiciones congénitas anormales en el recién nacido.
c) Por parto prematuro.

La cobertura anterior se amplía a madres solteras. Los Gastos pueden ser mediante Hospitalización o reembolso.

38. BENEFICIO DE MATERNIDAD

Estipulaciones aplicables al beneficio de maternidad hasta el maximo de acuerdo al plan escogido por el Asegurado y el cual aparece detallado en las Condiciones Particulares.

a) **El reembolso por los gastos de maternidad quedarán sujetos al ARANCEL DE REDHSA.**
a) **El beneficio de maternidad queda amparado siempre y cuando el embarazo se origine diez (10) meses posteriores al inicio de cobertura en la póliza. Dicho beneficio ampara únicamente a la asegurada principal y a la conyugue del asegurado.**
b) **Queda entendido y convenido que los gastos ocasionados por el recién nacido sano (sala cuna y control de pediatría) no será cubiertos bajo el beneficio de maternidad.**

39. PLAN DENTAL

Este plan cubre al asegurado las atenciones dentales practicadas por un Dentista, bien sea por servicios prestados o suministro de materiales necesarios para el cuidado y tratamientos dentales, de acuerdo a las siguientes condiciones:

COBERTURA NACIONAL

Máximo Anual de Reembolso combinado para todos los tipos I, II, III y IV por cada empleado y por cada familiar dependiente después de aplicado el Deducible, Coaseguro y de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Beneficios.

Con periodo de espera de 6 meses.

El tratamiento de peri-odontología y endodoncia (incluido en el tipo II), la cantidad pagadera no Excederá de un máximo vitalicio de acuerdo al cuadro antes detallado.

SEGURO DE VIDA Y MÉDICO HOSPITALARIO INDIVIDUAL CREFIMED
CA+PLUS LIFE
CONDICIONES GENERALES

Porcentaje de Reembolso para todas las categorías:
Tipo I 80%
Tipo II 75%
Tipo III 50%

No será necesaria la presentación de placas radiográficas con cada reclamación, pero la firma del formulario de reclamación por parte del empleado debe facultar a la compañía para solicitar al médico la información que estime conveniente, de igual manera la compañía se reserva el derecho de realizar la inspección que considere necesaria para el pago de un reclamo en particular ya sea de un empleado o de cualesquiera de sus familiares dependientes.

COBERTURAS
Tipo I. TRATAMIENTOS PREVENTIVOS
• Exámenes orales: rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no más de dos exámenes por año póliza con respecto al mismo individuo asegurado.
• Profilaxis que incluye la limpieza, raspado de dientes y pulimiento, pero no más de dos veces durante el año póliza con respecto al mismo individuo asegurado del núcleo familiar.
• Aplicaciones de Flúor a niños hasta 14 años de edad.
• Rayos X, de toda la dentadura, pero no más de un serie de Rayos X en un período de tres años, de acuerdo al costo razonable en el mercado.
• Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.
• Panorámicas (Rx de todos los dientes) máximo dos por año póliza por cada miembro del núcleo familiar asegurado.
• Medicinas: Se refiere estrictamente a medicamentos, analgésicos, antibióticos, anti-inflamatorios, y coagulantes con receta médica y adquirida en establecimientos autorizados para su expendio en las fechas del tratamiento de los dientes o tejidos.

Tipo II. TRATAMIENTO CURATIVOS O RESTAURATIVOS
• Tratamientos paliativos de emergencia.
• Extracciones simples rutinarias y quirúrgicas.
• Cirugía Oral.
• Alveolectomía.
• Anestesia necesaria para los tratamientos.
• Inyecciones Terapéuticas.
• Sostenedores de Espacio.
• Restauración: Relleno de amalgama o proceso sintético, pero excluyendo específicamente lo siguiente:
a. Corona o calza posterior o anterior, y

b. Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentadura o unidades de puente fijo.
• Tratamientos de Endodoncia.
• Periodontología

Tipo III.TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS MAYORES.
Incrustaciones.
• Calzas.
• Coronas.
• Prótesis parcial o totales removibles o fijas, puentes y dentaduras por extracción de dientes naturales extraídos dentro de la vigencia de la póliza.
• Reemplazo o alteración de puentes fijos o removibles (parciales o totales), siempre que sea necesario por cambios estructurales en la boca.
• Reparación de dentadura, y puentes.
• Prótesis, puentes y dentaduras:

La instalación inicial o adición a trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles siempre que:
a) Dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro del individuo asegurado bajo la póliza.
b) La instalación o adición arriba mencionada incluye la reposición de dicho diente extraído.
c) El trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de la vigencia de la póliza.
d) El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, solo si dichas dentaduras o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existente.

El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se consideran pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o después de la fecha efectiva del seguro del individuo asegurado bajo la póliza y si es completado dentro de los 120 días después de:
a) Una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
b) Cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de un tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejido redundante.

El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
a) El reemplazo sea efectuado después de tres (3) años de la fecha de instalación de la dentadura, que sea debidamente comprobado, y

b) Cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del individuo asegurado bajo esta póliza no ha estado en vigor por lo menos un (1) año.

40. SERVICIO DE ASISTENCIA

El seguro incluye un Servicio de Asistencia con Atención Pre-hospitalaria, Orientación Médica Vía Teléfono, Servicio de Emergencia domiciliaria y ambulancia, Clínicas de Consulta Externa sin costo alguno, importantes descuentos en la amplia Red de Proveedores. Atención Gratuita durante las veinticuatro (24) horas del día para el empleado y/o sus familiares dependientes debidamente inscritos en la póliza. Este servicio será tercerizado por la entidad, incluyéndose su costo en la prima final.

CLÁUSULA No.2: EXCLUSIONES

1. Exclusiones relativas a la Cobertura Básica: Muerte.

TERRORISMO.
La póliza excluye la muerte que resulte a consecuencia de actos de terrorismo perpetrados o cometidos por una o más personas que sean o no miembros de una organización, o que tengan alguna conexión o se motiven por hostilidades, acciones u operaciones de guerra, invasión o actos de enemigo extranjero haya o no declaración o estado de guerra; o en guerra intestina, revolución, rebelión, insurrección, conspiración u otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del país aunque no sean a mano armada en poder militar o usurpación de poder; o en la administración o gobierno de cualquier territorio o zona del país en estado de sitio o bajo el control de autoridades militares o en confiscación que requiera por cualquier poder civil o militar.

SUICIDIO.
En caso de fallecimiento de un Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental, dentro de los dos (2) años siguientes a la última fecha de su inscripción ininterrumpida, la Compañía solamente quedará obligada a devolver al Asegurado las primas que éste hubiere pagado en relación con el Asegurado, durante el año Póliza en que ocurre el evento. Después de transcurridos esos dos años, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente. No obstante, se podrá pactar en forma particular con la compañía que se contemple la cobertura de suicidio a partir del primer día de vigencia, lo cual deberá dejarse expresamente estipulado en la Póliza.

Exclusiones relativas al Beneficio por Muerte, Desmembramiento o Pérdida de la Vista por Causa Accidental

El Beneficio por muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental no cubre la muerte o pérdida de miembros causados directa o indirectamente por:

a) Suicidio, intento de suicidio o lesiones causadas a sí mismo cualquiera que sea su estado mental.
b) Accidentes de navegación aérea, salvo que el Asegurado viaje como pasajero en aeronave de línea comercial debidamente autorizado para el transporte de pasajeros.
c) Accidentes en que el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier clase de vehículo que esté participando en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
d) Participación del Asegurado en motines, delitos, tumultos, riñas o huelgas;
e) Accidentes que se realicen mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.
f) Guerra o cualquier acto relacionado con ella, haya habido o no declaración;
g) Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear.
h) Asalto, homicidio, tentativa de homicidio, asesinato, tentativa de asesinato.
i) Dolencia corporal o mental o enfermedad que contribuya total o parcialmente a la muerte.
j) Cualquier infección bacterial, excepto la resultante de lesión corporal externa y accidental.
k) Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, excepto si son necesarios para la curación de lesiones.

Exclusiones relativas al seguro Médico Hospitalario

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

a. **Honorarios por reconocimientos médicos o chequeos médicos de rutina en ausencia de enfermedad o lesión, estudios genéticos, exámenes o pruebas de diagnóstico que no sean relacionadas ni necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión corporal.**
b. **Exámenes de la vista, habilitación de lentes, gafas o lentes de contacto, estrabismo, astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, queratoconos y cualquier otro padecimiento refractario de la vista, así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregirlos, entre los que se encuentran las queratoplastías y queratotomías radiales; habilitación de audífonos, y los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir los padecimientos de la audición.**
c. **Tratamiento dental si se encuentra excluido en el Cuadro de Beneficios, excepto el originado por causas accidentales que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión, así:**

a) **Tratamiento dental por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales.**
b) **Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.**

d. **Tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas de carácter cosmético, estético o plástico, así como toda complicación derivada o relacionada con dichos tratamientos y/o intervenciones, excepto en los casos siguientes:**
   a) **Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea efectuado dentro de los seis (6) meses después de tal accidente.**
   b) **Tratamiento de irregularidad congénita en un niño que nazca mientras la madre o ambos padres estén cubiertos con Seguro para dependientes, hasta el límite máximo indicado en el cuadro de beneficios.**
e. **Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital excepto en el caso siguiente:**
   a) **Cuando el parto sea elegible bajo las condiciones de esta póliza y hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios.**
f. **Servicios suministrados en un hospital que pertenezca al estado o al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o por cualquier otro servicio o atención médica gratuitos.**
g. **Gastos ocasionados por embarazo, parto, aborto, cesárea, excepto cuando dicho embarazo, parto, aborto, cesárea concluya al fin de doce (12) meses continuos durante los cuales el Asegurado de sexo femenino, bien sea éste Titular o Cónyuge, haya estado cubierto por esta póliza.**
h. **Todos los gastos incurridos por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH Positivo) y sus consecuencias directas o indirectas, que excedan del monto máximo vitalicio indicado en el Cuadro de Beneficios.**
i. **Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al asegurado como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, infertilidad, inseminación artificial, así como los gastos por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, disfunción o insuficiencia sexual, así como las complicaciones del Viagra y medicamentos afines.**
j. **Los gastos incurridos por el tratamiento de cualquier enfermedad o accidente, así como sus consecuencias, siempre que tal enfermedad o accidente haya sido ocasionado por alguna lesión causada a sí mismo, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales, incluyendo lo siguiente:**
   a) **suicidio o intento de suicidio.**
   b) **uso excesivo o indebido de drogas, narcóticos o alcohol.**
   c) **cualquier condición o desorden adictivo.**
   d) **Abuso en el uso de medicamentos, incluyendo los que sean prescritos por un médico autorizado para ejercer la medicina.**
k. **Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos y quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica, o procedimientos naturales, incluyendo la medicina natural, homeopática y acupuntura, así como**

medicamentos con indicaciones fuera de etiqueta, y todo tratamiento de carácter experimental o que formen parte de protocolos de investigación.

l. Gastos necesarios para el tratamiento de alcoholismo o drogadicción.

m. 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.

n. Tratamientos médicos o quirúrgicos por Control de Peso, sobrepeso u Obesidad.

o. Curas de Reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.

p. Terapias y medicamentos por retardo de aprendizaje, hiperactividad con déficit de atención, y retardo del crecimiento o retraso psicomotor.

q. Gastos relacionados con Menopausia y/o Climaterio y pubertad precoz.

r. Tratamientos de los maxilares de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitado a cirugía ortognática, cirugía maxilofacial en general, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

s. Cargos por atención que excedan los niveles de "Gastos Razonables y Acostumbrados," como se define en la CLAUSULA No 4. DEFINICIONES, Numeral 16.

t. No se cubren los gastos incurridos para el tratamiento por cualquier problema o trastorno del sueño y sus consecuencias.

u. Los gastos incurridos para el tratamiento de lesiones que sufre el asegurado cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo o automóvil que participe en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, incluyendo motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor. También se excluyen las lesiones que sufre el asegurado a consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo, buceo, clavado aéreo o cualquier tipo de deporte de aviación como velideltismo y parapenting.

v. Los Gastos médicos originados por complicaciones que resulten o se relacionen con servicios médicos, dentales o mentales, específicamente excluidos en las condiciones generales, particulares, endosos y/o anexos de este certificado.

w. Tratamientos para la calvicie sin importar su origen.

x. Tratamientos para el acné, sin importar su origen.

y. Productos que puedan obtenerse sin receta médica, productos clasificados como vitaminas o suplementos alimenticios, productos de líneas cosméticas sustitutos de los productos normales de uso diario como jabones, cremas humectantes y/o bloqueadores, así como también zapatos ortopédicos y/o plantillas aun cuando estos sean recetados por un médico.

z. Durante el primer año de vigencia se excluyen todos los gastos incurridos por el tratamiento de Enfermedades Crónicas Degenerativas y sus Tratamientos: Se

consideran como tales las siguientes enfermedades independientemente de que sean o no preexistentes, hubieren sido declaradas o no: diabetes mellitus, hipertensión arterial y sus secuelas, isquemia cerebral transitoria, asma, bronquitis crónica, efisema, enfermedades ácido pépticas, artritis, osteoporosis, insuficiencias cardíacas, renales o venosas, angina de pecho, colecistitis, litiasis renal, tumores benignos o malignos, leucemia, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cualquier tratamiento quirúrgico relacionado con el aparato genital femenino (útero o sus anexos), Cistocele, Rectocele en todos sus grados, hemorroides, septoplastía y rinoseptoplastía no estéticas, amigdalectomías, adenoidectomías, circuncisión, prostatectomía, hallux valgus, valvulopatías, corrección de cifosis y escoliosis de la columna vertebral, pterygion, catarata, hernias de cualquier tipo, artroscopías de rodillas, menisectomías, Parkinson, Alzheimer y epilepsia.

Si el certificado incluye un endoso de inclusión o exclusión que aplica para alguna enfermedad o padecimiento específico, prevalece lo indicado en dicho endoso; el referido endoso debe ser aceptado y firmado por las partes (El Asegurado y la Compañía.

Asimismo, queda entendido que si surgiera una preexistencia no declarada de las enfermedades enumeradas anteriormente, éstas no tendrán cobertura al igual que lo establecido en el numeral 6 de estas exclusiones.

CLÁUSULA No.3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte de este contrato las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la presente póliza, los anexos que se le adhieran, la solicitud de seguro, cualquier otro documento suscrito por el Asegurado que sea tomado en cuenta para su celebración o modificación, y cualquier otro documento y demás condiciones previas exigidas 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 considerará accidente cubierto, aquel que produzca al asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (incluyéndose en esta definición las lesiones provocadas por inmersión), siempre que sean producidas por la acción directa o violenta de causas externas o fortuitas.
2) **ASEGURADO:** Es la persona que está cubierta por la Póliza.
3) **COASEGURO:** Es el porcentaje que se establece en las condiciones especiales de esta póliza a cargo de cada asegurado y cada familiar dependiente después de haber sido aplicado el deducible correspondiente.
4) **CLÍNICA:** Es todo establecimiento privado establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, que cuenta con el equipo y el

personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento ambulatorio que el asegurado necesite y que no consta de servicio de internamiento.

5) **COASEGURO:** Es el porcentaje que se establece en las condiciones especiales de esta póliza a cargo de cada asegurado y cada familiar dependiente después de haber sido aplicado el deducible correspondiente.
6) **COMPAÑIA:** Se entiende por Seguros Crefisa, S.A., y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato.
7) **Comisión Nacional de Bancos y Seguros:** Institución que tiene la responsabilidad de velar por la estabilidad y solvencia del sistema financiero y demás supervisados, su regulación, supervisión y control.
8) **CONDICIONES PARTICULARES:** Son las condiciones especiales que se pactan con cada uno de los diferentes Asegurados. (quitar negrita en el concepto)
9) **DEDUCIBLE:** es la cantidad que se resta de los Gastos Médicos elegibles, como se indica en el Cuadro de Beneficios, que sean incurridos por un individuo asegurado, y este se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones:
   a) Cuando los gastos son incurridos dentro o fuera del Área Centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por “Año Calendario”.
   b) Los deducibles que se apliquen por gastos incurridos dentro del Área Centroamericana son diferentes a los que se apliquen por gastos incurridos fuera del Área Centroamericana y no podrán combinarse entre sí.
10) **DEDUCIBLE CATASTRÓFICO:** En caso de un accidente en el cual más de un miembro de una familia sufre lesiones, solamente un deducible es aplicable por los Gastos Médicos totales incurridos como resultado de dicho accidente, sin embargo, los verdaderos cargos aplicables a cualquier individuo serán aplicados a su deducible por cualesquiera otros Gastos Médicos incurridos.
11) **DEDUCIBLE FAMILIAR:** Es la suma de los deducibles individuales de varios miembros de una misma familia (Asegurado Titular y Familiares Dependientes) incurridos en el mismo Año Calendario.
12) **LÍMITE DE COASEGURO:** Es la cantidad máxima de coaseguro que absorbe un asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en el Cuadro de Beneficios, en base a lo siguiente:
   a) Cuando los gastos son incurridos dentro o fuera del Área Centroamericana, el Límite de Coaseguro se aplicará por persona y por “Año Calendario”.
   b) Los Límites de Coaseguro que se apliquen por gastos incurridos dentro del Área Centroamericana son diferentes a los que se apliquen por gastos incurridos fuera del Área Centroamericana, y no podrán combinarse entre sí.
13) **DEPENDIENTES:** Se consideran dependientes, el cónyuge o en su defecto la persona con quien el asegurado vive en calidad de compañero o compañera permanente; así como los hijos solteros de un asegurado incluyendo hijastros o hijos adoptados.

14) **ENFERMEDAD:** Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.
15) **EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.
16) **EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA:** Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Después de esta edad la cobertura se considera terminada automáticamente para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima respecto a la cobertura de la Póliza.
17) **ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVAS Y SUS TRATAMIENTOS:** Enfermedad, lesión corporal y/o síntoma presente (s) que existía (n) con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura del asegurado, bien sea la original, la de rehabilitación, o el aumento de beneficios por cambio de plan, y por el(los) cuales el Asegurado:
    a) Tuvo advertencia médica o consultó a un médico; recibió tratamiento médico, servicios o suministros; se hizo o le recomendaron exámenes para diagnóstico; tomó medicinas recetadas, ó
    b) Padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado
18) **GASTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Significará un gasto por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros proveedores de carácter similar, en la misma localidad geográfica en la que es suministrado el tratamiento, servicios o abastecimientos.
19) **HOSPITAL:** Es todo establecimiento privado establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, quirúrgicos y de emergencia, que cuente con el equipo, instalaciones físicas y el personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento que el asegurado necesite las 24 horas del día, los siete días de la semana.
20) **LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS:** Regula la creación, Organización, Funcionamiento, Fusión, Convención, Escisión, Liquidación y Supervisión de las Instituciones que realicen actividades u operaciones de Seguros y Reaseguros.
21) **MÉDICO:** Persona calificada por un grado en medicina que está legalmente autorizado en el área geográfica de su práctica para otorgar servicios médicos o quirúrgicos, pero excluyendo el Médico siendo el mismo Asegurado o miembro de la familia inmediata del Asegurado o relacionado en forma similar al Asegurado.
22) **MONTO MÁXIMO VITALICIO:** Es la suma máxima a reembolsar por el conjunto de siniestros que pudiera presentar el asegurado mientras esté vigente la protección que otorga la cobertura de este seguro, debiéndosele aplicar a este valor los deducibles y coaseguros correspondientes establecidos en el cuadro de beneficios de esta póliza.

a. Si un asegurado o familiar dependiente ha gastado por lo menos el setenta y cinco (75) % de su máximo vitalicio, puede restituirlo suministrando a la Compañía evidencia de asegurabilidad satisfactoria.
b. La Compañía se reserva el derecho de restituir o no el máximo vitalicio.

23) **PADECIMIENTOS Y ENFERMEDADES DECLARADAS:** Aquellas que el asegurado ha mencionado en su declaración de salud al momento de suscribir el seguro.
24) **PAGADOR DEL SEGURO:** Conpatriota que radica en Estados Unidos y que será el responsable de pagar la prima de seguro de su familiar en Honduras.
25) **PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO**: Es el documento o conjunto de documentos que regulan la relación contractual del seguro y que están compuestos por las Condiciones Generales, Especiales si las hubiere y las Condiciones Particulares.
26) **PORCENTAJE DE REEMBOLSO:** Es el porcentaje que se establece en las condiciones especiales de esta póliza, que en exceso del deducible estipulado, le será reembolsado al asegurado por los gastos médicos incurridos, sujeto a los pagos máximos vitalicios y a cualesquiera otras exclusiones o restricciones definidas en el presente contrato.
27) **PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra los riesgos contratados.
28) **RED:** Se refiere a un grupo de médicos, laboratorios, farmacias y hospitales con los cuales se han pactado costos de bienes y servicios médicos bajo convenio, y cuya utilización opcional por parte del Asegurado está sujeta al seguimiento de reglas específicas entregadas al Asegurado al momento de contratar su póliza**.**
29) **RESIDENCIA:** Para gozar de los beneficios de este Contrato los asegurados y familiares dependientes deberán de residir en cualquier lugar dentro del territorio de la República de Honduras, debiendo notificar a la Compañía por escrito en aquellos casos que se ausenten del país por más de treinta (30) días.
30) **RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA:** Será a cargo del Asegurado como responsable del seguro.
31) **RPN**: Red de Proveedores Médicos Negociados a la cual tendra accesos el Asegurador Titular y sus Dependientes.
32) **SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado (en la cobertura principal será la muerte 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 (coberturas Adicionales).
33) **SEGURO TEMPORAL:** Es aquel que se contrata por un período de tiempo determinado.
34) **TERRORISMO:** Se define como terrorismo los actos de violencia y maldad ejecutados para amedrentar a ciertos sectores sociales o a una población determinada o para desorganizar una estructura económica, social y política, por medio de la utilización de armas de fuego, bombas, granadas, sustancias u otros medios convertidos en explosivos o en medios incendiarios de cualquier clase, incluyendo específicamente aviones u otros vehículos o personas

SEGURO DE VIDA Y MÉDICO HOSPITALARIO INDIVIDUAL CREFIMED
CA+PLUS LIFE
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA No.5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite de responsabilidad máximo son las cantidades que pagará la Compañía por las Sumas Aseguradas contratadas para el seguro de vida y en el Seguro Médico Hospitalario es el Monto de Máximo Vitalicio contratado por el Asegurado y cada uno de sus familiares dependientes, dicho valor se estipula en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA No.6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con la solicitud de seguro del asegurado, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas. Cualquier omisión, reticencia, disimulo, falsedad, ocultamiento e inexactitud en las manifestaciones hechas por el Asegurado eximirán a la Compañía de toda obligación respecto a éste seguro en cualquier momento que tenga conocimiento de la inexactitud, ocultamiento y reticencia.
La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o reticencia.
La Compañía tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por primer año. Si el riesgo se realizaré antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada la compañía a pagar la indemnización.

Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.
Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por la Compañía o antes de ésta haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas. Se estará sujeto, además, a lo dispuesto en el Código de Comercio.

CLÁUSULA No.7 PAGO DE PRIMA.

Forma de pago de las primas, será de forma mensual debiéndose pagar anticipadamente para tener derecho a la cobertura.

CLÁUSULA No.8 VIGENCIA

La cobertura del seguro se inicia en el momento que la compañía acepta el ingreso del asegurado y sus dependientes en la póliza, dicha vigencia iniciara el primer día (01) del mes siguiente.
Inicio y terminación de la cobertura de seguro para cada asegurado y familiar dependiente para seguro medico

a) **Inicio:** La cobertura del Seguro para cada asegurado o familiar dependiente aceptados por la Compañía, inicia a las doce (12) horas del mediodía de la fecha que aparece en la póliza o endoso correspondiente emitido por la Compañía.
b) **Terminación:** El seguro de cualquier Asegurado o Familiar Dependiente y con ello los beneficios que confiere la presente póliza, cesarán automática e inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes hechos:
   1. El cumplimiento de la edad que se establece en la Cláusula 19 Edad
   2. Vencimiento del período por el cual se pagó la última prima, a cuenta del Asegurado o no haberse efectuado el pago de primas correspondiente al mismo.
   3. Haber finalizado su relación de trabajo con el Asegurado ya sea por muerte, despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia o jubilación.
   4. Por omisiones, declaraciones inexactas o declaraciones falsas debidamente comprobadas.
   5. Terminación del contrato.
   6. Por haber agotado el máximo vitalicio descrito en el cuadro de beneficios que aparece en las Condiciones Particulares.

Requisitos para adicionar los familiares dependientes.

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

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

CLÁUSULA No.9 BENEFICIARIOS

El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de esta Póliza, podrá cambiar el beneficiario o beneficiarios sin necesidad del consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a la Compañía y ésta haga constar el cambio en la póliza. Sin embargo, si la designación del beneficiario fuese con carácter irrevocable, además de la

autorización de dicho beneficiario, el Asegurado tendrá que notificárselo a la Compañía para realizar la anotación en la Póliza correspondiente.

La sustitución de beneficiario será registrada en la oficina principal a fin de que tenga validez. Una vez registrada, surtirá efecto desde la fecha de notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

Si hubiere varios beneficiarios designados y alguno de ellos muriese antes que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá únicamente entre los beneficiarios sobrevivientes, en la siguiente forma: por partes iguales si no se hubiere señalado cuota; y en proporción a sus respectivas cuotas, en caso de haberlas, todo ello sin perjuicio de pacto en contrario. Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado, o si este hubiese fallecido sin haber designado beneficiario, la suma asegurada se pagará a quienes fueren declarados judicialmente herederos del Asegurado.

La sustitución de Beneficiario se hará constar en las Condiciones Particulares o en documento adherido; y una vez registrada, surtirá efecto desde la fecha de la notificación, sea que el Asegurado viviere o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de tal sustitución.

Si hubiere beneficiarios designados y alguno de ellos muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá únicamente entre los beneficiarios sobrevivientes, en la siguiente forma:

a) Por partes iguales si no hubiese señalado cuota; y
b) En proporción a sus respectivas cuotas en caso de haberlas.

Todo ello sin perjuicio de pacto en contrario.

Si ningún beneficiario sobreviviere al Asegurado, o si este hubiese fallecido sin haber designado beneficiarios, la suma asegurada se pagará a quienes fueren declarados judicialmente herederos del Asegurado.

CLÁUSULA No.10 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

Si las modificaciones constituyeran una agravación esencial del riesgo, la Compañía tendrá la facultad de rescindir el contrato, sin embargo, la responsabilidad de la Compañía concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al

Asegurado; o podrá modificar la prima por el período que falta hasta el vencimiento del seguro, según la tarifa de riesgo vigente. Si el Asegurado no aceptara tal modificación de las primas, la Póliza será cancelada y, en tal caso, la Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro. En cambio, si las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente.

CLÁUSULA No.11: AVISO DEL SINIESTRO
SEGURO DE VIDA

Al recibir la notificación por la muerte de cualquiera de las personas amparadas por la póliza, para efectos de solicitar a la Compañía la indemnización de la suma asegurada será requisito la presentación de los siguientes documentos originales:

- **a)** Fotocopia de la Tarjeta de Identidad del fallecido o partida de nacimiento original.
- **b)** Certificado de defunción extendido por el
- **c)** Registro Nacional de las Personas.
- **d)** Certificación médica que indique la causa de las Muerte.
- **e)** Certificado de la autoridad que se hizo presente en el caso que la muerte fuese accidental, homicidio o suicidio.
- **f)** Fotocopia de la Tarjeta de Identidad de los beneficiarios, si los beneficiarios fuesen menores de edad, será necesario presentar partida de nacimiento de cada uno y fotocopia de la tarjeta de identidad del representante legal.

  Facilitar a La Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

  En caso de siniestro los beneficiarios del seguro tendrán un período de tres (3) años contados desde la fecha de realización del siniestro, para notificar a La Compañía, una vez trascurrido este plazo y no habiendo recibido notificación ni aviso del siniestro, La Compañía no asumirá responsabilidad en cuanto al pago de cualquier indemnización se refiera.

SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO
Requisitos que debe cumplir un Asegurado en caso de reclamo:

- **a)** Enviar las solicitudes de reembolso a Seguros Crefisa, S.A. a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que fueron erogados los servicios o proporcionados los suministros.
- b) Facilitar a la Compañía toda la información que ésta requiera, en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias verificar y ajustar los gastos de reembolso solicitado.
- c) La Compañía se reserva el derecho y por su propia cuenta de solicitarle que se someta a exámenes médicos cuantas veces sea razonablemente necesario, así

como verificar la enfermedad o lesión del asegurado y/o dependiente y la comprobación de los gastos realizados.

d) El Asegurado deberá autorizar a todos los hospitales y todos los médicos que lo hubieren tratado a dar información a la Compañía o persona asignada por ésta mientras un reclamo esté en proceso. Si el asegurado no cumple con lo anterior perderá su derecho a la indemnización correspondiente.
e) A toda persona mayor de sesenta (60) años de edad se aplicará el descuento correspondiente en todos sus reclamos, de acuerdo con el Artículo No.14 del Decreto 220-93 de la Ley de Régimen de Tratamiento Especial para Personas de la Tercera Edad.

Reclamos dentro de Honduras:

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

a) Avisar por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días de la fecha en la que inició la enfermedad y ocurrió el accidente, expresando cualquier dato importante para su calificación.
b) En casos de cirugía Electiva y Laparoscópica deberá solicitar a la Compañía su aprobación presentando a la misma toda la documentación relacionada con el procedimiento por lo menos con quince (15) días de anticipación.

Reclamos fuera de Honduras:

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

a) Que el Asegurado y/o dependiente haya sido remitido por el médico de cabecera a tratamiento en el exterior, dicha remisión deberá ser presentada a Seguros Crefisa S.A., en papel del Colegio Médico Hondureño por lo menos con quince (15) días hábiles de anticipación, la cual será revisada y evaluada por los médicos asesores de la Compañía y autorizados por el Director Médico. De no cumplirse con el requisito anterior la Compañía, se libera de responsabilidad en cuanto al pago de cualquier gasto.
b) De no ser aprobada por el Director Médico de la Compañía, la solicitud para tratamiento en el extranjero, la Compañía únicamente reembolsará dichos gastos de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados que se aplican en Honduras y al porcentaje de reembolso estipulado en la póliza.
c) En lo que se refiere a la compra de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio, rayos x etc., se reembolsarán siempre y cuando los medicamentos se encuentren agotados en nuestro país y que los exámenes de laboratorios y rayos x no se realicen en el mismo, debiéndose comprobar tales hechos.
d) Las atenciones de emergencia se reconocerán si se comprueba mediante informe del médico tratante que el servicio de emergencia era indispensable.
e) Únicamente los casos anteriores la Compañía reconocerá el costo usual y acostumbrado en Honduras.

Presentación de reclamos

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

CLÁUSULA No.12 TERMINACIÓN ANTICIPADA

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

ASEGURADO TITULAR

El seguro de cualquier Asegurado Titular que forma parte del grupo asegurado quedará cancelado y sin ninguna validez por cualquiera de las siguientes circunstancias:

a) Después de sesenta (60) días contados desde la fecha de vencimiento de cada prima posterior a la inicial, que resultare no pagada.

b) En la fecha de su fallecimiento.

c) En la fecha de terminación de esta póliza.

d) En la fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito, su deseo de renunciar a la cobertura.

FAMILIARES DEPENDIENTES

El Seguro de cualquier familiar dependiente del Asegurado Titular y que forma parte del grupo asegurado, quedará terminado por cualquiera de las siguientes circunstancias:

a) En la fecha en que termine el seguro del Asegurado Titular por cualquier causa.

b) En la fecha en que la Compañía reciba aviso escrito de la cancelación del Seguro del Asegurado Titular.

c) En la fecha de fallecimiento del Dependiente del Asegurado Titular.

d) En la fecha en que alguno de los hijos dependientes no cumpla con los requisitos establecidos para los mismos en la descripción de familiares dependientes.

e) En la fecha de terminación de la Póliza.

f) En la fecha en que se termine la relación de parentesco con el Asegurado Titular.

g) En la fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la cobertura del familiar dependiente.

CLÁUSULA No.13 RENOVACIÓN

Después del primer año de vigencia, la póliza se podrá renovar indefinidamente por períodos anuales. La Compañía se reserva el derecho de modificar los beneficios y las condiciones generales que aplicarán durante cada renovación.

Ningún asegurado será penalizado con un cambio en beneficios o en tarifas basado en su historial de reclamos.

CLÁUSULA No.14 PRESCRIPCIÓN

SEGURO DE VIDA

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

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

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.
Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

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

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

CLÁUSULA No.16 COMUNICACIONES
Todas las comunicaciones o declaraciones que hayan de hacerse a la Compañía se enviarán por escrito directamente al domicilio de ésta, en la ciudad de Tegucigalpa, Distrito Central.

Salvo el cobro de las indemnizaciones en caso de siniestro, todo lo relativo a la Póliza será tratado por conducto del Asegurado y por tanto, todas las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los Asegurados, se considerará valida y eficazmente cumplidas cuando las haga a través del Asegurado, que serán enviadas por escrito al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

CLÁUSULA No.17 TERRITORIALIDAD

SEGURO DE VIDA
La presente póliza cubre al Asegurado en cualquier país del mundo.

SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO
Serán elegibles para el seguro Médico Hospitalario cualquier Titular y sus Dependientes que residan dentro del territorio de la República de Honduras; así como cualquier Hijo Dependiente que por motivo de estudios resida fuera del territorio de la República de Honduras.

AUSENCIAS DEL PAIS DE RESIDENCIA

Se entenderá por ausencia del país de residencia cuando el Asegurado Titular o sus familiares dependientes se ausenten del país por un período mayor de treinta (30) días.

El Asegurado debe notificar por escrito a la Compañía cualquier ausencia de su país de residencia dentro de los primeros treinta (30) días contados a partir de la fecha en que inicie su salida. La falta de notificación a la Compañía de cualquier ausencia del país de residencia, puede resultar en motivo para la cancelación de la póliza; rechazo de

cualquier reclamación por gastos incurridos durante el período de ausencia, o modificación de la cobertura o de primas, a la sola discreción de la Compañía.

Si la ausencia del Asegurado fuera del territorio de Honduras es aceptada por la compañía, únicamente se otorgará cobertura por un período no mayor de ciento ochenta (180) días, contados a partir de la fecha de salida, posterior a este período la póliza caducará automática e inmediatamente.

CLÁUSULA No.18 SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental ya sea en estado de cordura o de demencia, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios, excepto cuando el suicidio ocurra antes de haber transcurrido dos (2) años completos ininterrumpidos de vigencia de la Póliza desde su emisión o desde su última rehabilitación, en cuyo caso la responsabilidad de la Compañía se limitará al reembolso del importe de la reserva matemática de la Póliza.

CLÁUSULA No.19 EDAD

SEGURO DE VIDA

Para ingresar al Seguro de Vida, en el momento de la inscripción, la edad de Asegurado en su cumpleaños más próximo, esté comprendido entre los quince (15) y sesenta y seis (66) años. La edad máxima de permanencia será de ochenta y cienco (85) años.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse antes de efectuarse el pago de la suma asegurada correspondiente. Si el Asegurado hiciese la comprobación en vida, la Compañía extenderá una constancia de ello y no exigirá nuevas pruebas de edad para hacer el pago.

Si la edad declarada por el Asegurado no coincidiere con su edad real, se estará a lo dispuesto en los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

ELIGIBILIDAD

Para ingresar al Seguro Médico se requiere que, en el momento de la inscripción la elegibilidad del:

Asegurado Principal y Conyugue:

a) La edad de Asegurado en su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre quince (15) y sesenta y seis (66) años de edad, renovables hasta el cumplimiento de los ochenta y cinco (85) años de edad.

Hijos:

a) Hijos solteros, hijastros o hijos adoptados legalmente cuyas edades no sean mayores de diecinueve (19) años y que no se encuentren asegurados para recibir los Beneficios de esta Póliza en calidad de Asegurado Titular;

b) Los hijos recién nacidos tendrán derecho a inclusión automática al seguro a partir del día de su nacimiento, siempre que sean reportados por escrito y recibido en la Compañía dentro de los primeros treinta (30) días contados desde el día de su nacimiento, y que la madre o ambos padres hayan estado asegurados bajo esta póliza durante al menos doce (12) meses continuos al momento del nacimiento.

   En caso que alguna de las condiciones descritas en el párrafo que antecede no se cumplan, el asegurado deberá suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía, sin costo alguno para ésta y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Compañía determine.

c) Los hijos solteros pueden ser considerados como familiares dependientes hasta la edad de veinticinco (25) años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo en un colegio, escuela, instituto o en la universidad y que dependan del Asegurado Titular para su sostenimiento.

CLÁUSULA No. 20 PERÍODO DE GRACIA

Si el Asegurado no notifica por escrito a la Compañía que este contrato ha de terminarse, se concederá un período de gracia de treinta (30) días para efectuar el pago de cada prima posterior a la primera.
Si alguna prima no se paga antes de que concluya el período de gracia, la cobertura quedará suspendida por los siguientes treinta (30) días.

Durante el período de suspensión, la cobertura estará vigente, sin embargo, el Asegurado no podrá utilizar los servicios de Red, ni le serán reembolsados los reclamos que haya presentado por gastos incurridos durante dicho período.

Al haber transcurrido sesenta días (60) días sin pago de primas, el contrato se dará por terminado, a partir de la fecha en que venció el periodo de gracia, sin necesidad de aviso o declaración especial de la Compañía.

CLÁUSULA NO. 21 REHABILITACIÓN

Si la cobertura de esta póliza termina debido a la falta de pago de las primas, el Asegurado podrá solicitar la rehabilitación dentro de los siguientes noventa (90) días, contados a partir de la fecha en que termina el período de gracia, presentando para tal efecto el formulario de solicitud de Rehabilitación acompañado de la declaración de salud y de cualquier otro requisito de asegurabilidad que solicite la Compañía. La solicitud de rehabilitación podrá ser aprobada o rechazada. Si la solicitud de rehabilitación es aprobada, la cobertura será reinstalada a partir de la fecha de vencimiento de la prima no pagada, siempre y cuando las primas adeudadas sean canceladas en su totalidad. La cobertura rehabilitada únicamente aplicará para incapacidades que comiencen después de la fecha de rehabilitación.

SEGURO DE VIDA Y MÉDICO HOSPITALARIO INDIVIDUAL CREFIMED
CA+PLUS LIFE
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA No.22 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato se basa en las solicitudes del Asegurado y Asegurados y, por consiguiente, cualquier declaración inexacta u oculta que conocida por la Compañía la hubiere retraído a emitir la Póliza o algún certificado o llevado a modificar sus condiciones, serán causas de anulación de este Contrato cuando el Asegurado o los Asegurados hubieren obrado con dolo o culpa grave; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare al Asegurado o Asegurados su deseo de impugnar el Contrato dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento. Si el Asegurado o Asegurados hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán cause de nulidad, mediante manifestación que éstos harán a la Compañía dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Después de que la Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor durante un (1) año, su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del Asegurado.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada certificado, después de que haya estado en vigor, por un período de un (1) año contando desde la fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente registro del Asegurado, excepto lo dispuesto en la Cláusula No. 19 referente a la Declaración de Edad y en las condiciones que establecen los Beneficios por Incapacidad Total y Permanente, Gastos Médicos Hospitalarios y por Muerte o Desmembramiento por causas Accidentales.

CLÁUSULA No. 23 PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

APLICABLE A FAMILIARES DEPENDIENTES

Todos los familiares dependientes asegurados bajo el beneficio de Gastos Médicos, que dejen de estar asegurados de acuerdo con las condiciones de terminación de esta póliza, tienen derecho a solicitar su inclusión como Asegurados Titulares dentro de los planes de **CREFIMED**, si presentan por escrito por medio del Asegura tal solicitud, sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

a. Que la condición de terminación del seguro individual no se haya suscitado por falta de pago de primas y por omisiones o declaraciones inexactas.

b. Que haya estado asegurado bajo los planes **CREFIMED** como mínimo un año ininterrumpido.

c. Que su solicitud de privilegio de conversión la presente a la Compañía dentro de los treinta (30) días contados a partir de la terminación de su seguro individual.

d. Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos en la presente póliza.

e. La cantidad del Seguro de Vida a la cual tendrá derecho el familiar dependiente será la que ya haya tenido como tal, o en caso de no haber tenido la cobertura, tendrá derecho al mínimo en vigor en esta póliza para Asegurados Titulares en la fecha de su solicitud.

f. Que la suma asegurada para Gastos Médicos y Plan Dental no sea superior a la que tenía asignada en el Cuadro de Beneficios.

g. Para los beneficios en los que existan límites definidos como "Máximo Vitalicio", se deducirán las cantidades ya pagadas por dichos beneficios bajo la condición de dependientes.

CLÁUSULA No. 24 CAMBIO DE PLAN

Todo Asegurado Titular tendrá la oportunidad de cambiar de Plan a otro nivel de Beneficios como sigue:

a) Para cambiar de un Plan de beneficios menores a uno de beneficios mayores, será necesario que tanto el Asegurado Titular como sus familiares dependientes presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía, sin costo alguno para ésta.

   La Compañía determinará la fecha en que entrarán en vigor los nuevos beneficios.

b) Para cambiar de un Plan de beneficios mayores a uno de beneficios menores, bastará con que el Asegurado Titular lo solicite por escrito y no será necesario presentar pruebas de asegurabilidad.
c) Sólo se podrán hacer cambios de Plan después de haber transcurrido doce (12) meses continuos de cobertura en el Plan anterior.

CLÁUSULA No.25 REDUCCIÓN DE BENEFICIOS

Cuando el Asegurado alcance las edades indicadas en el Cuadro de Beneficios, la Suma Asegurada se reducirá a la cantidad allí especificada.

CLÁUSULA No.26: LUGAR DE PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

El pago de cualquier indemnización en virtud de este contrato, lo hará la Compañía en su domicilio social, en la ciudad de Tegucigalpa, salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, puedan hacerse en algunas de sus Agencias o Sucursales.

CLÁUSULA No. 27 PERIODO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS MEDICOS

La Compañía otorga un período de ciento ochenta (180) días calendario, para la presentación de reclamos de gastos médicos, contados a partir de la fecha en que fueron erogados los servicios o proporcionados los suministros.

SEGURO DE VIDA Y MÉDICO HOSPITALARIO INDIVIDUAL CREFIMED
CA+PLUS LIFE
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA No.28 MODIFICACIONES

En los términos de la póliza quedan definidos los pactos entre la Compañía y el Asegurado, no reconociéndose por lo tanto validez a ninguna modificación que no esté consignada en ella, a menos que consten por escrito y debidamente autorizado por la Compañía.

Los Agentes no están facultados para modificar las Condiciones de la póliza.

CLÁUSULA No.29 REPOSICIÓN

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

CLÁUSULA No.30 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el Asegurado 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 Asegurado 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 Foreing Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

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

CLÁUSULA No.31 NORMAS SUPLETORIAS

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

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 17/16-03-2022.