

CONDICIONES ESPECIALES

Que se agrega y forma parte de la póliza № AP03 del ramo de SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

EMITIDA A NOMBRE DE: _____

RUBRO DE LA EMPRESA: _____

VIGENCIA:

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

1 . Elegibilidad: Empleados activos y permanentes:

- Edad mínima de ingreso 18 años.
- Edad máxima de ingreso 65 años.
- Edad máxima de permanencia hasta los 75 años.

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

Personas que al momento de solicitar la cobertura se encuentren incapacitados, serán elegibles una vez que se reincorporen de manera activa al desarrollo habitual de sus actividades laborales, previo al análisis y aceptación por la compañía.

2 . Riesgos Cubiertos

2.1 Muerte: La Compañía pagará en caso de fallecimiento a causa de un accidente cubierto por la póliza; la suma asegurada suscrita; con deducción de las cantidades que la compañía hubiere indemnizado al asegurado en concepto de rentas por Incapacidad Permanente.

2.2 Incapacidad Permanente: La Compañía pagará al asegurado, la suma que corresponda según el grado de invalidez o por la pérdida de miembros o de la vista, según lo establezca la tabla indicada en las condiciones Generales de la póliza.

2.3 Gastos Médicos por Accidente: La compañía reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos elegibles incurridos por el asegurado a causa de lesiones accidentales cubiertas por la póliza. Todo gasto medico deberá estar relacionado con dichas lesiones accidentales y debe ser necesario para el restablecimiento de la salud y no deberá exceder de los costos usuales, razonables y acostumbrados.

Servicio de Asistencia Opcional

2.4 Asistencia funeraria disponible las 24 horas del día los 365 días del año (anexo, detalle de los beneficios) – Opcional

2.4 . Suma Asegurada:

2.5

Riesgos Cubiertos	Suma Asegurada
MUERTE	L.
INCAPACIDAD PERMANENTE	L.
GASTOS MÉDICOS	L.

Tarifa para esta vigencia:

- Tarifa para esta vigencia: % anual por cada millar de suma asegurada.
- Deducible: L
- Tipo de Facturación:
- Gastos de Emisión: L

3 . Por extensión y aclaración; se consideran también accidentes cubiertos los siguientes:

- La asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión y obstrucción.
- La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.
- El carbunco o tétanos de origen traumático.
- Mordeduras y/o picaduras de animales, incluyendo la de insectos.
- La rabia.

4 . Generalidades.

4.1 Esta póliza brindará cobertura únicamente a personas que residan permanentemente en la República de Honduras.

4.2 Se entiende por accidente toda lesión corporal que pudiere ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina de un agente externo.

4.3 Los Beneficiarios de la cobertura de Muerte Accidental será el o los designados por el asegurado en la solicitud de seguro, en caso de no designar beneficiarios, la indemnización será pagada a los herederos legales del asegurado.

4.4 El asegurado podrá cambiar el beneficiario que hubiera designado siempre y cuando sea notificado por escrito a la compañía, este seguro no puede ser cedido o endosado a ninguna institución.

4.5 Si las lesiones sufridas por el asegurado requieren tratamiento médico, la Compañía aseguradora pagará los gastos médicos elegibles siempre que estos hayan sido incurridos dentro de las cincuenta y dos (52) semanas siguientes a la fecha del accidente, el monto de los gastos médicos elegibles a pagar no deben exceder el límite de cobertura establecido en estas condiciones.

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

4.7 Una vez cancelada la póliza y/o por la baja de un asegurado en la póliza por cualquier causa, el periodo máximo para la presentación de reclamos elegibles es de 30 días contados a partir de la fecha de dicha cancelación de la póliza y/o baja del asegurado siempre y cuando :

- Los gastos hayan sido incurridos en la vigencia de la póliza y previo a la cancelación de la misma.
- No excedan los 6 meses indicados en el inciso **4.6**.
- Las primas hayan sido pagadas en su totalidad.

4.8 Se reconocerán los honorarios médicos en base a lo razonable y acostumbrado establecidos en la tabla de la red hondureña de servicios de salud (REDHSA).

4.9 Toda solicitud de modificación deberá ser solicitada a la compañía por escrito y deberá quedar constancia de la recepción de este documento.

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

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

- 4.12** Podrán incluirse asegurados en cualquier tiempo, mediante solicitud escrita del contratante, las primas se cobraran tomando en cuenta la fecha de ingreso del asegurado y la vigencia de la póliza.
- 4.13** Se establece un periodo máximo de 30 días para errores u omisiones en la notificación de inclusiones o exclusiones y actualización del censo de asegurados.
- 4.14** La suma asegurada en gastos médicos, es un máximo de cobertura anual y será restituible pagando nuevamente la prima por el periodo completo de cobertura, pero no cubrirán gastos del evento por lo cual se agotó dicha suma asegurada.
- 4.15** Cobertura a nivel mundial, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, las veinticuatro (24) horas del día. (Excluye mientras este viajando en avión y en países en conflicto de guerra).

5 . Pre- Certificación Médica.

- 5.1** Es requisito indispensable y obligatorio la Pre-Certificación para el manejo intrahospitalario quirúrgico o no quirúrgico, programado o electivo; la Pre-Certificación deberá ser solicitada por el asegurado a la compañía cinco (5) días hábiles antes del tratamiento o procedimiento, mediante el formulario designado para tal fin, completamente lleno adjuntando historia clínica, exámenes y/o estudios realizados y cualquier otra información requerida por la compañía.
- 5.2** En los casos no pre-certificados el asegurado deberá pagar el total de la cuenta y presentar el reclamo a la compañía, si el gasto después del análisis correspondiente resulta elegible, la compañía se reserva el derecho de aplicar un coaseguro del 30%; aplicable a gastos elegibles incurridos dentro o fuera de Honduras, siempre aplicando los valores de deducible, gastos en exceso y está sujeto a los costos razonables y acostumbrados para esa hospitalización o procedimiento.
- 5.3** Para todo manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico programable o electivo la compañía podrá solicitar en casos necesarios y sin costo para el asegurado una segunda evaluación médica, requisito para la aprobación de la pre-certificación, teniendo derecho el asegurado o la compañía a solicitar hasta una tercera opinión con fines de reconfirmación del procedimiento sugerido por el médico tratante. Si después de la tercera opinión médica la Pre-certificación es denegada y el asegurado se somete a dicho procedimiento, la compañía se reserva el derecho de aplicar un coaseguro del 30% aplicable a gastos elegibles incurridos dentro o fuera Honduras
- 5.4** En procedimientos quirúrgicos programables o electivos en los cuales se cambie el diagnóstico inicial o se agregue otro diagnóstico a la historia clínica, es requisito gestionar una nueva pre-certificación. En los casos en que la compañía lo considere necesario podrá confirmar dicho diagnóstico mediante la investigación médica.
- 5.5** Si el asegurado permaneciera hospitalizado más días de los autorizados en la precertificación es requisito solicitar una nueva autorización, de lo contrario la compañía no reconocerá los gastos incurridos en esos días.
- 5.6** Las admisiones de emergencia deben ser notificadas a la compañía dentro de las primeras veinticuatro (24) horas o el día hábil siguiente a la admisión.

6. Exclusiones: La Compañía no reconoce bajo esta póliza, las lesiones originadas a consecuencia de:

- 6.1 Suicidio o tentativa de suicidio; participación del asegurado en crímenes u otros delitos, duelos, riñas exceptuándose la legítima defensa.**
- 6.2 El asesinato, homicidio o intento de homicidio.**
- 6.3 Energía Nuclear.**
- 6.4 Fenómenos de carácter catastrófico.**
- 6.5 Actos notoriamente peligrosos que agraven el riesgo, excepto si se tratase de salvamento de su propia vida o sus bienes, en cuyo caso si está reconocido.**
- 6.6 Certámenes de velocidad sobre ruedas.**
- 6.7 Cualquier enfermedad.**
- 6.8 Si el asegurado está bajo el efecto de bebidas alcohólicas, drogas.**
- 6.9 Ocasionarse lesiones o daños intencionales.**
- 6.10 Queda excluida la cobertura de muerte por accidente a causa del consumo de drogas, alcohol, veneno y gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalado voluntariamente. Para efectos de esta póliza se considera que se encuentran bajo la**

influencia de bebidas alcohólicas; cuando el contenido alcohólico en la sangre supera el 0.07% o 70 mg/100 ml.

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

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

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

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 no delincuencia organizada conocidos como tales por tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en la lista de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU entre otra. Este endoso se adecuara a lo pertinente a los procedimientos especiales que podrán derivarse de la Ley Especial contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley

Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo , custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

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

De conformidad con el artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

Tegucigalpa, M.D.C. , __ de __ de 20__

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA

Firma del Contratante

