

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 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

Al contratar esta póliza el Asegurado contará con las siguientes coberturas:

I. Cobertura de Gastos Médicos:

Si durante la vigencia de esta póliza y de conformidad con el Cuadro de Coberturas de la póliza, como consecuencia de un Accidente o una Enfermedad cubiertas por esta Póliza o de un Evento específicamente señalado como amparado en este contrato, que no sea una Condición Preexistente ni forme parte de las Exclusiones, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico médicamente justificado para el restablecimiento o preservación de su salud, la Compañía se obliga a reembolsar los gastos médicos cubiertos, aplicando el Deducible, Coaseguro, y toda delimitación que específicamente sea consignada en la Póliza o en el Cuadro de Coberturas específico de esta Póliza, o bien lo que al respecto se encuentre vigente en los convenios con aquellos Proveedores con quienes la Compañía tenga convenio al momento de incurrir en el reclamo, procurando que se preserven tanto los derechos como el cumplimiento de las obligaciones que en el cuerpo de estas Condiciones Generales se especifiquen tanto para el Asegurado como para la Compañía.

La Compañía reembolsará o pagará los gastos por los siguientes conceptos hasta el agotamiento del Máximo Vitalicio contratado, de conformidad con el siguiente criterio: 1) Para los gastos incurridos con aquellos Proveedores con quienes la Compañía tiene un convenio, se pagarán en base a lo convenido con el Proveedor; y, 2) Para gastos incurridos con proveedores que no se encuentren en la lista de Proveedores con quienes la Compañía tiene convenio, se pagarán en base a la Tarifa URA. 3) En los planes en los que en el Cuadro de Cobertura se indique que cuentan con cobertura de delimitación geográfica mundial, los gastos médicos incurridos en el extranjero por procedimientos médicos programados o electivos, se pagarán únicamente cuando estos sean

CONDICIONES GENERALES

incurridos con los Proveedores Médicos con quienes la Compañía cuenta con un convenio que esté vigente al momento de ocurrencia del evento para esta Póliza, para lo cual se requerirá de la pre autorización médica según lo indicado en esta Póliza. En el caso de los gastos médicos incurridos en el extranjero con Proveedores Médicos con quienes la Compañía no cuenta con un convenio que esté vigente al momento de ocurrencia del evento para esta Póliza, únicamente se pagarán los casos de Emergencia Médica según se define en esta Póliza, siempre y cuando la Emergencia Médica hubiere ocurrido estando el Asegurado en el extranjero.

La cobertura de Gastos Médicos incluye los siguientes beneficios:

1. Gastos Hospitalarios

La cobertura por Gastos Hospitalarios indicado en el Cuadro de Coberturas, incluirá los Gastos Cubiertos que hayan sido facturados dentro o fuera con aquellos Proveedores con quienes la Compañía tenga convenio al momento de incurrir el reclamo, de la siguiente manera:

- a) **Cuarto y Alimentos:** El importe máximo diario cubierto en este concepto será el estipulado en el Cuadro de Coberturas.
- b) **Unidad de Cuidados Intensivos:** Gastos originados por estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios. El importe máximo diario cubierto por este concepto se especifica en el Cuadro de Coberturas.
- c) **Servicios de Hospitalización:** Servicios facturados por el Hospital durante la Hospitalización del Asegurado, incluyendo medicamentos, uso de quirófano, sala de recuperación, curaciones, instrumental, pruebas de laboratorio, gases hospitalarios, transfusiones de sangre o plasma, yeso, tablilla, braguero, entre otros, relacionado con un tratamiento cubierto por la Póliza.

2. Honorarios Médicos:

- a) **Honorarios Médicos por Consulta:** Se cubrirán los honorarios médicos, de acuerdo al URA, por todas las consultas necesarias para el restablecimiento de la salud, incluyendo las consultas realizadas en el consultorio del Médico, las realizadas durante la Hospitalización del Asegurado (máximo de dos visitas diarias) y las visitas a las Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios y/o Cuidados Coronarios.

En caso de que sean necesarias más de dos visitas médicas por día para el Asegurado hospitalizado, el proveedor médico podrá solicitar a la Compañía

CONDICIONES GENERALES

la cobertura de visitas adicionales, que deberán estar documentadas y justificadas médicamente en el expediente clínico. La compañía evaluará la elegibilidad de las mismas.

- b) **Honorarios Quirúrgicos:** Estos honorarios incluirán las atenciones prestadas al Asegurado por Médicos Cirujanos, Médicos Asistentes y Anestesiólogos, así como las consultas que se originen como consecuencia del procedimiento quirúrgico hasta con quince (15) días calendario de posterioridad al alta hospitalaria. La especialidad del Cirujano principal y su asistente deberá estar directamente relacionada con el padecimiento y procedimiento realizado.

No se cubrirán los honorarios del médico que sea pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad del asegurado.

3. Medicamentos y Exámenes de Laboratorio Clínico y Diagnóstico por Imágenes (fuera de Hospitalización):

- a) **Medicamentos Recetados:** Son los medicamentos cubiertos e indicados por un Médico para tratar una condición o diagnóstico específico cubierto por la Póliza. Se pagará el monto máximo indicado en el Cuadro de Coberturas. Esto aplica solamente a los medicamentos que hayan sido recetados por un médico licenciado en el país donde se da la atención médica. Será necesario enviar una copia de la receta médica a la Compañía, junto con el reclamo. La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición o diagnóstico específico debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Oficina de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud del país y la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América ("FDA").
- b) **Exámenes de Laboratorio Clínico:** Los que se realizan en un laboratorio mediante el análisis de sustancias o fluidos corporales, como sangre, orina, saliva, y cualquier otra que permita determinar condiciones de desempeño o situación en los procesos metabólicos del Asegurado. Se incluyen asimismo todas las pruebas, estudios, análisis y soportes clínicos que forman parte del protocolo de atención necesario dentro de la práctica médica para determinar la condición que el organismo del Asegurado presenta en relación a la Enfermedad, Accidente o Evento específico.
- c) **Diagnóstico por Imágenes:** Análisis que se ejecutan con equipo especializado para identificar mediante una representación visual la

CONDICIONES GENERALES

función, tamaño, anormalidades o procesos patológicos, que presentan los órganos o estructuras del cuerpo, tales como Radiografías, Ultrasonido, Densitometrías, tomografía Axial Computarizada, Imagen de Resonancia Magnética, etc.

d) Estudios de Gabinete: Los que se realizan en un laboratorio mediante el soporte de aparatos médicos especializados que miden el desempeño de un órgano u órganos o situación en los procesos metabólicos del Asegurado.

4. Ambulancia Aérea

Se pagará un máximo de hasta el valor señalado en el Cuadro de Coberturas como beneficio vitalicio por la transportación aérea o terrestre de emergencia del Asegurado cuando:

- a) El diagnóstico del Asegurado esté relacionado con una condición cubierta por esta Póliza.
- b) Las necesidades técnico científicas y complejidad del tratamiento requerido exceden la capacidad técnico científica del sitio donde se encuentre el asegurado en el momento que se requiera el beneficio.
- c) El transporte por cualquier otro medio puede poner en riesgo la vida o la integridad física del Asegurado.
- d) El transporte lo presta una entidad autorizada para dicho propósito.
- e) El Asegurado es transportado a la instalación médica más cercana donde se pueda proporcionar el tratamiento adecuado para su condición médica.
- f) Que el traslado sea requerido para llevar a cabo dicho tratamiento no disponible en el sitio donde se encuentra el asegurado y el traslado sea requerido para salvar la vida o integridad física del asegurado.

Toda transportación vía ambulancia aérea debe ser coordinada y aprobada con anterioridad por la Compañía. El tiempo habitual para la coordinación por parte de la Compañía de una Ambulancia Aérea dependerá de que la Compañía haya recibido toda la información solicitada para determinar su elegibilidad, dependiendo también de la complejidad del caso y la disponibilidad de la ambulancia aérea seleccionada por el Asegurado. El Asegurado o familiar designado es responsable de seleccionar el proveedor de ambulancia aérea que manejará el traslado y de proveer a la Compañía toda la información requerida para la coordinación del traslado, así como los documentos solicitados por la compañía de Ambulancia Aérea y por el Proveedor Médico que recibirá al paciente. De ser aprobado el traslado en ambulancia aérea, el costo autorizado será basado en lo usual, acostumbrado y razonable (URA), tomando en consideración los requerimientos médicos del Asegurado y el

CONDICIONES GENERALES

costo usual de un traslado del área geográfica donde se encuentre el Asegurado al área donde será trasladado. Cargos no relacionados a necesidades médicas no estarán cubiertos. La Compañía no pagará indemnizaciones por el valor señalado en el Cuadro de Coberturas por la Ambulancia (aérea o terrestre) cuando el Servicio no haya sido previamente autorizado por ésta. Para este beneficio no aplica deducible. La Compañía no es responsable por complicaciones que resulten de la negligencia de los proveedores de servicios de transporte o sus afiliados, incluyendo retrasos o restricciones de vuelo. Cuando un Asegurado ha sido originalmente transportado fuera de su país de residencia por medio de una ambulancia aérea pagada por la Compañía, el retorno del Asegurado a su país de residencia vía ambulancia aérea no está cubierto por la póliza.

5. Tratamientos Específicos:

- a) **Tratamientos de inhaloterapia, terapia radioactiva o quimioterapia, diálisis, hemodiálisis.**
- b) **Tratamientos de Terapia y Rehabilitación Física:** Tratamientos de fisioterapia, cuando se reciban en instituciones o centros especializados y/o con médicos especialistas, según la definición de Tratamientos de terapia y rehabilitación física de la Póliza.
- c) **Tratamientos Dentales, Alveolares o Gingivales y Maxilares:** Tratamientos médicos o quirúrgicos dentales, alveolares o gingivales y maxilares, cuando se requieran como consecuencia directa de un Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, o como complicaciones de una Enfermedad cubierta, previa autorización de la Compañía. Se cubrirán también los tratamientos y procedimientos relacionados con la extracción de las terceras molares.
- d) **Tratamientos de Cirugía Plástica o Reconstructiva a Consecuencia de Accidente o Enfermedad:** Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo o plástico que resulten indispensables únicamente a consecuencia de un Accidente o Enfermedad no excluidos en esta Póliza y que hayan ocurrido dentro de la vigencia de la misma. Siempre y cuando el mismo sea realizado dentro de un plazo de seis meses a partir de la ocurrencia del accidente.
- e) **Padecimientos Psiquiátricos:**
 - i. **Consulta ambulatoria:** Se cubrirán los conceptos por atención de daño psiquiátrico, ansiedad y/o depresión hasta el máximo indicado en el Cuadro de Coberturas, siempre que la atención se requiera a consecuencia de alguno de los siguientes Eventos cubiertos en la Póliza y que éste haya ocurrido durante su vigencia: (i) Poli Trauma; (ii) Amputación; (iii) Quemaduras de tercer grado; (iv) Cáncer; (v) Accidente Vascular Cerebral; (vi) Infarto al Miocardio; (vii)

CONDICIONES GENERALES

Insuficiencia Renal; (viii) Asalto; (ix) Secuestro; (x) Violación; e, (y) Convulsiones.

Para efecto de acreditar la procedencia del tratamiento es necesario que el Médico tratante indique la necesidad de este soporte adicional como parte de su tratamiento. La Compañía se reserva el derecho de someter este criterio a la evaluación de un médico psiquiatra para que confirme dicho diagnóstico.

Se cubrirán los honorarios del médico psiquiatra y los medicamentos que prescriba, siempre y cuando si los gastos son incurridos en Honduras y se cuente con la debida acreditación profesional del médico ante el Colegio de Médicos de Honduras o bien si el plan de beneficios contratado por el asegurado tuviera cobertura en cualquier otro país se requerirá la acreditación profesional del médico de la institución a cargo en el país en donde se incurrió en dichos gastos y que el médico no sea pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad del Asegurado, hasta el monto máximo indicado en el Cuadro de Coberturas. Para el efecto, se pagarán por servicios de un psiquiatra profesional, (1) solamente las primeras cincuenta (50) visitas serán elegibles en cualquier Año Calendario y (2) no más del monto establecido en el Cuadro de Coberturas.

- ii. Tratamiento Hospitalario: Se cubrirán los gastos ocasionados por enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales y gastos de administración de terapia para tratamiento de convulsiones mientras el Asegurado se encuentra hospitalizado.**

6. Trasplante de Órganos:

Los Trasplantes de Órganos se cubrirán únicamente cuando el procedimiento no esté en fase experimental, cuando el trasplante se lleve a cabo fuera de Latinoamérica y los servicios sean prestados en instalaciones que formen parte de la lista de proveedores de trasplantes identificados por la compañía. No existe lista de Proveedores preferidos de trasplante en Latinoamérica; por lo cual el trasplante se puede llevar a cabo en cualquier Proveedor Medico en el país de residencia o en Latinoamérica. El beneficio de Trasplante de Órganos tiene una cobertura máxima según lo estipulado en el Cuadro de Coberturas, cuyo límite está incluido dentro del Máximo Vitalicio de la Póliza. No se cubren los gastos médicos del Donante.

7. Maternidad y Cuidado Del Recién Nacido:

CONDICIONES GENERALES

La cobertura de Maternidad y Cuidados del Recién Nacido estarán cubierto de acuerdo a lo indicados en el Cuadro de Coberturas, se excluyen los gastos médicos incurridos por complicaciones de embarazos o de recién nacidos que resulten del uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad, la Maternidad y Cuidados de Recién Nacido se cubrirán de la siguiente forma:

a) Maternidad y Complicaciones del Embarazo:

La Póliza ofrece cobertura de conformidad con lo establecido en el Cuadro de Coberturas, únicamente para la Asegurada Principal o Cónyuge dependiente. Aplica Periodo de Espera de doce (12) meses. Esta cobertura no cubre a las hijas dependientes, se consideran como parte del beneficio de maternidad: los honorarios médicos, cuatro ultrasonidos durante el control prenatal, pruebas de laboratorio, vitaminas y los gastos hospitalarios correspondientes al parto o al aborto no provocado cubierto o a complicaciones del embarazo.

b) Atención hospitalaria del Recién Nacido:

La Póliza ofrece cobertura al Recién Nacido de un embarazo cubierto por el beneficio de Maternidad de la Póliza, y que haya nacido durante la vigencia de la misma, amparando los gastos médicamente necesarios por servicios de atención médica y hospitalaria (tales como honorarios del pediatra y sala cuna) que ocurran entre el momento del alumbramiento y el momento en que el Recién Nacido sale del Hospital, de acuerdo al monto máximo que se indica en el Cuadro de Coberturas.

c) Cobertura del recién nacido sano:

La Póliza ofrece cobertura al Recién Nacido de un embarazo cubierto por el beneficio de Maternidad, y que haya nacido durante la vigencia de la misma, la cobertura será efectiva a partir del primer (1º) día de nacido, siempre y cuando se haya reportado por escrito mediante el formulario de adición de familiares dependientes el nacimiento en un plazo que no excederá los treinta (30) días calendario posteriores a su ocurrencia. Asimismo, se deberá incluir con el formulario un informe reciente del pediatra del recién nacido indicando su sexo, estatura, peso, fecha de nacimiento y estado de salud.

En el caso de un recién nacido que nazca de un embarazo no cubierto en la póliza, o bien cuando la notificación de adición del recién nacido de un embarazo cubierto en la póliza sea recibida por la Compañía después de los treinta (30) días calendario posteriores al nacimiento, para su incorporación al seguro deberá presentar la solicitud de seguro para la adición del familiar dependiente, suministrando evidencias de asegurabilidad y el informe reciente del pediatra, quedando su aceptación sujeta a la evaluación por parte de la

CONDICIONES GENERALES

Compañía que indicará la fecha efectiva de cobertura en el caso que sí fuera aprobada la inclusión.

d) Complicaciones del Recién Nacido:

Se incluyen los gastos médicamente necesarios al Recién Nacido en estado crítico e inestable que requiera hospitalización desde el momento de su nacimiento, sea prematuro o a término, así como los padecimientos o malformaciones congénitas de los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza y aplicarán únicamente en el caso de los recién nacidos provenientes de una maternidad cubierta en la póliza y que han sido adicionados como dependientes en la póliza dentro de los 30 días calendario después de su nacimiento. Dichos gastos incluirán aquellos derivados de parto prematuro, complicaciones y condiciones congénitas anormales diagnosticadas durante los primeros noventa días de vida del recién nacido. Dichos gastos serán cubiertos desde el primer día de nacido hasta el monto máximo establecido en el Cuadro de Coberturas para complicaciones al recién nacido, el cual tendrá disponible hasta agotarlo aun cuando su tratamiento sea posterior a los noventa (90) días calendario.

e) Control de niño sano y vacunas:

La Póliza cubre la aplicación de vacunas de acuerdo al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) hasta el día antes que el Asegurado dependiente cumpla los diez (10) años de edad y por el monto máximo indicado en el Cuadro de Coberturas.

8. Prótesis y Equipo Médico Duradero:

- a) Prótesis:** Los gastos que resulten de aparatos de prótesis serán cubiertos por la Compañía siempre y cuando dichas prótesis se consideren vitales. Lentes de cualquier tipo, armazones, dentaduras o piezas dentales no se consideran prótesis.
- b) Renta de Equipo Médico duradero:** La renta de equipo ortopédico y/u hospitalario, los suministros necesarios y la atención especializada necesaria para el cuidado médico domiciliario serán cubiertos cuando sean médicamente necesarios para la recuperación efectiva del Asegurado y le permite al Asegurado salir del ambiente hospitalario, tales como alquiler de silla de ruedas, cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico, muletas y andadores.

CONDICIONES GENERALES

9. Chequeo General Anual de Rutina para el titular y sus familiares dependientes:

Se cubrirá una consulta de chequeo general de rutina anual, la cual podrá incluir un examen físico, exámenes de laboratorio que incluyen los siguientes: hemograma completo, glucosa, colesterol total, triglicéridos y ácido úrico, o paneles para detectar la función de los órganos hasta el límite máximo establecido en el Cuadro de Coberturas. Este benéfico no incluye cobertura para vacunas, exámenes pre-operatorios o exámenes de laboratorios que no forman parte de los chequeos médicos anuales.

10 Atención Oftalmológica:

Este beneficio aplica únicamente para el Asegurado Principal, tiene un Periodo de Espera de doce (12) meses y solo procede vía reembolso. Los gastos cubiertos corresponden a una visita de revisión por año calendario por el monto máximo especificado en el Cuadro de Coberturas. Podrá aplicarse también este monto máximo a la compra de aros y lentes, siempre que exista en la vista del Asegurado Principal una graduación de por lo menos cero puntos veinticinco (0,25) dioptrías. Quedan excluidos de esta cobertura los lentes de sol, de contacto o con fines cosméticos.

11 Emergencias Médicas:

Servicios suministrados por atención de Emergencia derivada de alguna Enfermedad o Accidente, prestados en la sala de emergencias de un Hospital, que incluyen honorarios del Médico General o especialista que sea necesario, materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos necesarios para la estabilización del Asegurado, y cuyo Evento de origen no esté excluido en la Póliza. No se cubren medicamentos recibidos en Sala de Emergencias para iniciar o continuar un tratamiento en casa y únicamente se reconocerá una dosis suficiente para cubrir un período de seis (6) horas inmediatamente después de la atención en Sala de Emergencias, todo lo anterior, el Asegurado debe de cubrir el porcentaje de Coaseguro descrito en el Cuadro de Coberturas. Las admisiones hospitalarias de emergencia por Accidente o Enfermedad deberán ser reportadas a la Compañía dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a dicha admisión, a menos que se demuestre que dicho reporte fue materialmente imposible dentro del plazo establecido.

12 Emergencia por Accidente:

Si a consecuencia de una lesión corporal accidental el Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por la Sala de Emergencias de un Hospital, la Compañía pagará los gastos razonables y acostumbrados (URA) siempre que la atención se reciba dentro de las primeras setenta y dos (72) horas después de ocurrido el Accidente. Se considerarán

CONDICIONES GENERALES

Accidentes para efectos de la Póliza, las siguientes condiciones: esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, mordeduras o lesiones causadas por animales, heridas cortantes, penetrantes, corto punzantes, contusas y por arma de fuego, cuerpo extraño en cualquier órgano o cavidad natural, así como cualquier otra lesión Accidental definida como Emergencia Médica.

13 Emergencia por Enfermedad:

Si a consecuencia de una Enfermedad o padecimiento de los indicados en el siguiente párrafo, el Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por la sala de emergencia de un Hospital, la Compañía pagará los gastos razonables y acostumbrados (URA).

Bajo esta cobertura se reconocerán los gastos médicos por atención en la sala de emergencias de un Hospital, únicamente por las siguientes Enfermedades: Crisis hipertensiva, Intoxicación Aguda, Accidente cerebro vascular, convulsiones, dolor precordial (primeras 12 horas), fiebre alta continua en menores de cinco (5) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento, obnubilación, dolor abdominal agudo, cólico biliar, hemorragias, insuficiencias respiratorias agudas, deshidratación, cólico nefrouretral, trombosis, vómito o diarreas severas, reacciones alérgicas agudas, retención aguda de orina, infarto del miocardio, episodios neurológicos agudos, estado de choque (shock) de cualquier orden, así como cualquiera otra Enfermedad definida como Emergencia Médica.

En caso de que el Asegurado utilice la Sala de Emergencias por un Accidente o Enfermedad no incluidos en el listado de diagnósticos o condiciones médicas elegibles para la cobertura en la Sala de Emergencias, el Asegurado deberá pagar el 100% de los gastos incurridos y presentar posteriormente a la Compañía su reclamo para el correspondiente reembolso, que se realizará de acuerdo a la remuneración usual y acostumbrada (URA) para consulta externa, laboratorio, imágenes médicas, medicamentos y cualquier otro servicio ambulatorio que no requiera hospitalización.

14 Cuidados en el Hogar:

Esta cobertura incluye los honorarios por servicios a domicilio de una enfermera debidamente colegiada, los cuales serán pagados a tarifa URA. La cobertura incluye un máximo de treinta (30) días de servicios de Enfermería a domicilio por año calendario. No se cubrirán los honorarios de enfermería cuando sean prestados por un pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad del asegurado.

CONDICIONES GENERALES

15 Continuidad de Cobertura para Dependientes, en Caso de Fallecimiento del Asegurado Principal:

En caso del fallecimiento del Asegurado Principal, La Compañía asumirá el costo de las primas por las Coberturas de los Asegurados Dependientes por el período de un (1) año sin costo para ellos, sujeto a lo siguiente:

- a) Este beneficio cubre solamente a aquellos Familiares Dependientes que se encontraren asegurados y pagando la prima correspondiente al momento del fallecimiento del Asegurado Principal.
- b) El Asegurado Principal y sus dependientes deberán haber estado asegurados como mínimo durante doce (12) meses continuos en la Póliza.
- c) Si un dependiente deja de ser elegible como tal, de conformidad a los términos de la póliza, su cobertura termina.

16 Ayuda de Sepelio de Familiares Dependientes:

Se incluye una ayuda de sepelio por el monto establecido en el Cuadro de Coberturas, la cual será pagada al Asegurado Principal mediante la presentación del certificado de defunción en el caso de fallecimiento de un Familiar Dependiente, siempre que las causas del fallecimiento del familiar dependiente sean elegibles de conformidad con ésta póliza.

17 VIH/SIDA:

Todo costo por VIH/SIDA, enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA y sus complicaciones, se pagarán hasta el monto máximo indicado en el Cuadro de coberturas por asegurado, si se comprueba que el virus fue adquirido después de la fecha efectiva de la póliza.

18 Condiciones Congénitas:

En el caso de condiciones congénitas diagnosticadas por primera vez a partir de la Fecha Efectiva del Asegurado y después de noventa (90) días de nacido, se pagará de conformidad con lo indicado en el Cuadro de Coberturas, no siendo requisito que el Asegurado nazca dentro de la Vigencia de la Póliza.

19 Muerte Cerebral o Estados Comatosos Irreversibles:

Cualquier gasto por cargos incurridos por mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos especializados (sistemas de mantenimiento de vida). Se reconocerán máximo sesenta (60) días calendario y dentro de ellos un máximo de treinta (30) días de estancia en unidad de cuidados intensivos. Esta cobertura de los sesenta (60) días calendario está sujeta a que la Póliza esté vigente al momento de la ocurrencia del reclamo.

20 Pre certificación de servicios médicos y hospitalarios:

CONDICIONES GENERALES

En el caso de los Eventos cubiertos por la Póliza que requieran Pre certificación Medica por parte de la Compañía, los cuales están así señalados en las provisiones/cláusula de este contrato, se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) El Asegurado deberá comunicar a la Compañía su intención de someterse al tratamiento u obtener el servicio correspondiente. Dicha comunicación deberá efectuarse por escrito en las oficinas de la Compañía, o mediante el número telefónico o dirección electrónica suministrados por la Compañía en el Cuadro de Coberturas al momento de contratar la Póliza, informando sobre el servicio requerido, con una anticipación mínima de setenta y dos (72) horas; para que dicho plazo corra el Asegurado debe incluir la información completa requerida para su evaluación.
- b) La Compañía podrá requerir una segunda opinión para evaluar la necesidad e idoneidad de los procedimientos quirúrgicos electivos, no de urgencia; el costo de la misma será asumido por la Compañía;
- c) La Compañía hará todo lo posible por emitir una autorización del servicio directamente al proveedor médico, si se trata de un Proveedor con quien la Compañía tenga convenio al momento de que se solicite la Pre certificación.
- d) Si la Compañía determina que no cuenta con la información necesaria para la evaluación de dicha autorización, de ser compensable el tratamiento, los reclamos deberán ser tramitados por la vía de reembolso al Asegurado una vez presentada la información requerida para determinar la elegibilidad de la cobertura.
- e) La evaluación de estos servicios por parte de la Compañía requiere de un análisis el cual, en ocasiones, dependiendo de la complejidad del caso, pudiera extenderse más allá de la fecha en la cual el Asegurado requiera el tratamiento y en cuyo caso, de ser compensable el tratamiento deberá ser tramitado a través de reembolso al Asegurado una vez presentada la información requerida para determinar la elegibilidad de la cobertura.

Una vez obtenida la Pre certificación, el Asegurado podrá recibir los servicios médicos u hospitalarios a los cuales se refiera su solicitud.

21 Uso de Proveedores fuera de Honduras con quienes la Compañía tenga convenio.

Para efecto de los planes que incluyan la cobertura internacional, dicha cobertura solo aplicará si la atención o el servicio médico es prestado por un Proveedor con quien la Compañía tenga convenio y que aparezca en el listado de Proveedores que se puede verificar en el sitio web o link indicado en Cuadro

CONDICIONES GENERALES

de Coberturas. Se exceptúa de la anterior limitación, las atenciones por Emergencias.

Cualquier atención o tratamiento fuera de Honduras debe de ser Pre certificado por la Compañía y el servicio llevarse a cabo con aquellos Proveedores con quienes la Compañía tenga convenio al momento de incurrir el reclamo.

II. COBERTURA DE SEGURO DE VIDA – ASEGURADO PRINCIPAL:

Será elegible a esta cobertura únicamente el Asegurado Principal de esta Póliza, que tenga al menos dieciocho (18) años de edad, pero no más de sesenta y cinco (65) años cumplidos al momento de la suscripción de la Póliza. El monto del Seguro de Vida será el indicado en el Cuadro de Coberturas según el Plan seleccionado, el cual le será pagado al Beneficiario (s) en caso de fallecer el Asegurado Principal estando vigente la Póliza.

III. Cobertura de Muerte, Desmembración y Perdida de la Vista Accidentalmente (MyDA) ASEGURADO PRINCIPAL.

1. Muerte Accidental

Sujeto a los términos y condiciones de esta Póliza, tan pronto como la Compañía reciba pruebas fehacientes de que el Asegurado Principal ha fallecido, mientras se halle asegurado bajo esta Póliza, como resultado directo de lesión corporal por causa de un Accidente, independientemente de toda otra causa, conforme lo demuestre alguna contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en el caso de ahogamiento o de lesiones internas descubiertas mediante autopsia), y siempre que dicho fallecimiento se produzca dentro de los noventa (90) días calendario después de la fecha del Accidente que la ocasionó, se pagará al Beneficiario la cantidad correspondiente establecida en el Cuadro de Coberturas.

2. Desmembración y Perdida de la Vista Accidentalmente.

Sujeto a los términos y condiciones de esta Póliza, tan pronto como la Compañía reciba pruebas fehacientes de que el Asegurado Principal, mientras se halle asegurado bajo esta Póliza, sufre cualquiera de las pérdidas que se estipulan en la tabla de beneficios que aparece a continuación, como resultado directo de lesión corporal por causa de un Accidente, independientemente de toda otra causa, conforme lo demuestre alguna contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo y siempre que dicha pérdida se produzca dentro de los noventa (90) días calendario después de la fecha del Accidente que la ocasionó, se pagará al Asegurado Principal la cantidad correspondiente indicada en la siguiente tabla de beneficios:

CONDICIONES GENERALES

**Tabla de beneficios de Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente
(Se pagarán los siguientes porcentajes en relación con el monto del beneficio
de Muerte Accidental estipulado en el Cuadro de Coberturas)**

Ambas manos o ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano	50%
Un pie	50%
La vista de un ojo	50%
Dedo pulgar e índice de una mano	25%

El beneficio pagadero por cualquiera de los incisos antes especificados será el doble, si tales lesiones corporales fueren sufridas:

- a) Mientras el Asegurado Principal 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 Principal se encuentre dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores de minas); o**
- c) Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el Asegurado Principal se encuentre al principio del incendio.**

En lo que respecta a las manos y los pies, la palabra “pérdida” implica desmembración causada por separación ya sea arriba, o en la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente. Con relación a los ojos, la palabra “pérdida” implica la pérdida total e irre recuperable de la vista. Para el beneficio de Desmembración no se pagará más del cien por ciento (100%) de la cantidad total del beneficio de Muerte Accidental por la suma de todas las pérdidas que sufra el Asegurado Principal a consecuencia de algún accidente en particular.

IV. Ayuda de Sepelio

En adición al monto del Seguro de Vida se incluye una ayuda de sepelio por el monto establecido en el Cuadro de Coberturas, la cual será pagada a los Beneficiarios designados por el Asegurado Principal mediante la presentación del certificado de defunción, siempre y cuando la causa del fallecimiento esté

CONDICIONES GENERALES

cubierto bajo la cobertura del Seguro de Vida verificando la elegibilidad del Asegurado Principal.

V. Cobertura de Repatriación de Restos Mortales

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, la Compañía cubrirá los gastos de repatriación de restos mortales hasta por el monto establecido en el Cuadro de Coberturas, en adición al Seguro de Vida, siempre y cuando la causa del fallecimiento esté cubierto bajo la cobertura del Seguro de Vida verificando la elegibilidad del Asegurado Principal, este beneficio aplica cuando el Asegurado Principal fallece en el extranjero y la repatriación se efectúa hacia la Republica de Honduras.

VI. Cobertura de Adelanto del Seguro de Vida por Diagnóstico de Enfermedades Graves:

Esta cobertura permite el pago anticipado del cincuenta por ciento (50%) del seguro de vida básico indicado en el Cuadro de Coberturas, si el Asegurado, después de haber estado asegurado como mínimo doce (12) meses ininterrumpidos en ésta Póliza, se le diagnostica alguna de las enfermedades listadas en la presente cláusula. Este pago será descontado del monto de su seguro de vida.

Para que este beneficio se haga efectivo se requiere lo siguiente:

(a) que el seguro de vida haya estado vigente por un período mayor de dos (2) años;

(b) que el Asegurado notifique por escrito a la Compañía a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a que haya recibido el diagnóstico de que padece una de las siguientes enfermedades:

1. Neoplasias con nomenclatura T3N3M2
2. Síndrome Insuficiencia Inmunológica Adquirida
3. Lupus Eritematoso Sistémico con más de 5 años de evolución
4. Distrofias Musculares
5. Esclerosis Múltiple
6. Fiebre Hemorrágica de Ébola
7. Síndrome Leish- Nyhan
8. Insuficiencia Cardíaca de más de 5 años de evolución
9. Cirrosis Hepática
10. Parálisis Cerebral
11. Leucemia

(c) Que la enfermedad listada haya sido diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia de esta póliza y que se demuestre su padecimiento mediante Certificación de Diagnóstico del Médico Tratante que incluya la respectiva epicrisis y los soportes médicos.

CONDICIONES GENERALES

COBERTURAS ADICIONALES (OPCIONALES):

Son las coberturas distintas de las coberturas básica que se contratan de forma opcional por Asegurado, y que serán descritas en los Anexo Dental de la Póliza.

RESUMEN DE BENEFICIOS DE LAS COBERTURAS BASICAS:

Los beneficios de las coberturas básicas se resumen y complementan con la información contenida en el siguiente Cuadro de Seguros:

COBERTURAS			
PLANES	ORO PLUS	PLATA PLUS	BRONCE PLUS
Delimitación Geográfica	Mundial	Centroamericano	Centroamericano
Máximo Vitalicio	L. 25, 000,000	L. 12,500,000	L. 3,000,000
Máximo Vitalicio para HIV/SIDA	L. 3,750,000	L. 1,875,000	L. 450,000
Máximo Vitalicio reducido al 50% al cumplimiento de los 65 años de edad.	L. 12, 500,000	L. 6,250,000	L. 1,500,000
DEDUCIBLES EN CENTROAMÉRICA Y COLOMBIA * (Año Calendario)			
Tratamientos ambulatorios	L. 2,500	L. 2,000	L. 1,500
Agregado por familia (Un solo asegurado no puede satisfacer más deducible individual).	L. 7,500	L. 6,000	L. 4,500
Proveedores con los que la Compañía tiene convenio - Emergencias e Internamientos Hospitalarios	L. 2,500	L. 2,000	L. 1,500
Proveedores con los que la Compañía no tiene convenio - Emergencias e Internamientos Hospitalarios	L. 2,500	L. 2,000	L. 1,500
DEDUCIBLES FUERA DE CENTROAMÉRICA Y COLOMBIA * (Año Calendario)			
Proveedores con los que la Compañía tiene convenio (Ambulatorio y Hospitalario)	\$ 2,500	N/A	N/A
Proveedores con los que la Compañía no tiene convenio (Únicamente cubierto en caso de Accidentes o Emergencias Médicas)	\$ 2,500	N/A	N/A
APLICA A REEMBOLSO EN CENTROAMERICA Y COLOMBIA:			

CONDICIONES GENERALES

Tratamientos ambulatorios	80%	80%	80%
Con los Proveedores con los que la Compañía tiene convenio.	80%	80%	80%
Con los Proveedores con los que la Compañía no tiene convenio.	80%	80%	80%
APLICA A REEMBOLSO FUERA DE CENTROAMERICA Y COLOMBIA:			
Tratamientos, procedimientos y medicamentos ambulatorios.	75%	N/A	N/A
Con los Proveedores con los que la Compañía tiene convenio.	75%	N/A	N/A
Con los Proveedores con los que la Compañía no tiene convenio.	75%	N/A	N/A
LIMITE DE COASEGURO (Año Calendario)			
En Centroamérica y Colombia	L. 50,000	L. 50,000	L. 50,000
Fuera de Centroamérica y Colombia	\$. 10,000	N/A	N/A
LIMITE DIARIO DE CUARTO Y ALIMENTO			
En Centroamérica y Colombia	L. 3,000	L. 2,000	L. 1,500
Fuera de Centroamérica y Colombia (Hab. estándar y privada)	\$. 400	N/A	N/A
LIMITE DIARIO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS			
En Centroamérica y Colombia	L.33,000	L. 33,000	L. 33,000
Fuera de Centroamérica y Colombia	\$. 1,000	N/A	N/A
MATERNIDAD Y COBERTURAS DEL RECIEN NACIDO			
Maternidad dentro de Centroamérica y Colombia, Máximo por Evento	Como cualquier otra incapacidad.	Como cualquier otra incapacidad.	Como cualquier otra incapacidad.
Maternidad fuera de Centroamérica y Colombia, Máximo por Evento	\$. 5,000	N/A	N/A

CONDICIONES GENERALES

Atención Hospitalaria del Recién Nacido, Máximo por Evento (Honorarios Pediatra, Sala cuna, etc.)	L. 10, 000	L. 8,000	L. 6,000
Complicaciones de la Maternidad y del recién nacido. Diagnosticadas dentro de los primeros noventa (90) días de nacido, provenientes de una maternidad cubierta en la póliza. Límite Máximo Vitalicio hasta:	L. 200,000	L. 200,000	L. 200,000
Condiciones Congénitas diagnosticadas por primera vez a partir de la fecha efectiva del asegurado y después de 90 días de nacido. (No es requisito que el asegurado nazca dentro de la vigencia de la Póliza.) Periodo de espera 90 días - Límite Máximo Vitalicio hasta:	L. 200,000	L. 200,000	L. 200,000
Control del Niño Sano y vacunas hasta el día antes que el Asegurado dependiente cumpla los diez (10) años de edad.	Si aplica	Si aplica	Si aplica
AMBULANCIA AÉREA POR EVENTO			
En Centroamérica y Colombia	L. 375, 000	L. 300,000	L. 300, 000
Fuera Centroamérica y Colombia	\$. 15,000	N/A	N/A
OTRAS COBERTURAS			
Gastos Médicos Preventivos - Exámenes preventivo, Año Calendario (Aplica Asegurado Principal y Dependientes)	L. 3,000	L. 3,000	L. 3,000
Gastos Médicos Preventivos - Atención Oftalmológica, Año Calendario (Aplica Asegurado Principal)	L. 3,000	L. 3,000	L. 3,000
Trasplante de órganos, Máximo Vitalicio (no cubre gastos del donante)	Si aplica	Si aplica	Si aplica
Padecimientos Psiquiátricos - Máximo por año calendario	L. 20, 000	L. 20,000	L. 20,000
Condiciones Preexistentes Declaradas - Periodo de exclusión	12 meses	12 meses	12 meses
Ayuda de Sepelio de Familiares Dependientes	L. 37,500	L. 30,000	L. 25,000
Cobertura gratis para dependientes en caso de fallecimiento del Asegurado Principal	Si aplica	Si aplica	Si aplica
Consultas Ambulatorias en Honduras			
Médico General	L. 700	L. 700	L. 700
Médico especialista	L. 900	L. 900	L. 900

CONDICIONES GENERALES

Médico cardiólogo y neurólogo	L. 1,000	L. 1,000	L. 1,000	L. 1,000	L. 1,000
COBERTURAS DE SEGURO DE VIDA					
Cobertura de Seguro de Vida - Asegurado Principal	L. 100,000	L. 200,000	L. 300,000	L. 400,000	L. 500,000
Cobertura de Muerte y Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente (MyDA) - Asegurado Principal	L. 100,000	L. 200,000	L. 300,000	L. 400,000	L. 500,000
Cobertura de Repatriación de Restos Mortales - Asegurado Principal	\$ 4,000	\$ 4,000	\$ 4,000	\$ 4,000	\$ 4,000
Ayuda de Sepelio - Asegurado Principal	L. 30,000	L. 30,000	L. 30,000	L. 30,000	L. 30,000
Cobertura de Adelanto del Seguro de Vida por Diagnóstico de Enfermedades Graves	50%	50%	50%	50%	50%

CLAUSULA No. 2 EXCLUSIONES

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS Y ADELANTO DEL SEGURO DE VIDA POR DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES:

No se pagará ningún beneficio de gastos médicos por los siguientes servicios o atención médica:

1. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de enfermedad o lesión que no sea:
 - a) Médicamente necesario o no tenga relación con el diagnóstico de base;
 - b) Indicado por un Médico;
 - c) Prestado por un Médico licenciado o por un profesional calificado como idóneo en el país donde se da la atención médica;
 - d) Aprobado científicamente o que esté todavía en la fase investigativa, o de experimentación en seres humanos, o que este en el proceso de ensayo clínico y que no esté aprobado para la condición médica o diagnostico específico que presenta el asegurado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) en caso de recibir tratamiento en Estados Unidos u cualquier otro país donde no haya sido emitida la póliza.
 - e) Aprobado por el Ministerio de Salud o quien haga sus veces. Esto incluye medicamentos, protocolos, procedimientos o recomendaciones médicas si el tratamiento es en el país donde se emitió la póliza.
2. Tratamiento dental, excepto el originado por causas accidentales que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la

CONDICIONES GENERALES

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 por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales, y
 - b) Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada
3. Cirugía plástica con fines puramente cosméticos, estéticos o reconstructivos, así como las complicaciones que deriven de las mismas, incluyendo cirugía nasal estética, modificación del tamaño de mamas sin justificación clínica, liposucción, lipectomía, cirugía de párpados, cirugía de papada, cirugía de glúteos y cualquier otra estética o cosmética, excepto en los casos siguientes:
- a) Tratamiento de lesiones sufridas en un Accidente elegible bajo la Póliza, siempre que éste ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea proporcionado dentro de los seis (6) meses después de tal Accidente; y,
 - b) Tratamiento de irregularidad congénita en un niño que nazca de un embarazo cubierto bajo esta Póliza y que cumpla con lo estipulado en la elegibilidad del Recién Nacido, hasta la cantidad máxima establecida en el Cuadro de Coberturas.
4. Todo tratamiento suministrado al Recién Nacido proveniente de una maternidad no cubierta en la póliza. Asimismo, no estarán cubiertos los gastos médicos incurridos por complicaciones de embarazos o de recién nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad
5. Por terminación voluntaria de un embarazo, excepto cuando el mismo ponga en peligro la vida de la madre, o sea permitido legalmente.
6. Ningún beneficio será pagado por servicios o atención médica debidos a Condiciones Preexistentes durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la cobertura y a potestad de la Compañía, podrán ser reconocidos como gastos elegibles a reembolso si los gastos por estas condiciones preexistentes son incurridos después de doce (12) meses de vigencia de la cobertura, siempre y cuando dichas Condiciones Preexistentes hubieran sido declaradas en la Solicitud de Seguro y aceptadas por la Compañía, de lo contrario no tendrán cobertura.
7. Todo Padecimiento Preexistente que no haya sido declarado en la Solicitud de Seguro o sea revelado de manera inexacta, con omisión o falsedad, facultará a la Compañía para dar por rescindido de pleno derecho el Seguro, aun y cuando dicha omisión o inexacta declaración no haya influido en la realización del reclamo médico.
8. Gastos ocasionados por enfermedades mentales, trastornos nerviosos funcionales, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, desórdenes de conducta y aprendizaje, trastornos del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional,

CONDICIONES GENERALES

trastornos del aprendizaje, hiperkinesia o hiperactivismo, terapia de lenguaje, cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas, o bien condiciones de tipo psicológico, psíquico o psiquiátrico a excepción de lo mencionado en el punto e) de tratamientos específicos detallados en esta Póliza.

9. Tratamiento por Lesiones o Enfermedades causadas a sí mismo intencionalmente, entre otras el suicidio, suicidio fallido, ya sea estando en su juicio o privado de su capacidad mental, o causadas u ocasionadas por culpa grave del Asegurado por el uso de alcohol o uso de sustancias ilegales, o psicotrópicas, o por el uso de sustancias controladas o uso inapropiado de medicamentos o uso de drogas no prescritas médicamente, o bien prescritas, la conducta o actividad desarrollada que ocasiona el accidente o la Enfermedad, no es apropiada para dicha prescripción médica. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores, ya sea por su uso eventual o esporádico que origine una condición médica de un hecho específico como un Accidente o el inicio de una Enfermedad, o bien que igualmente sea ocasionada por un uso habitual y continuado de las sustancias o elementos químicos antes descritos, respecto de la cual pueda concluirse un diagnóstico de haberse originado por su adicción a las mismas.
10. Gastos de Atención médica ocasionados por acciones de insurrección, guerra, huelgas, disturbios laborales paros, asonadas, hostilidades, acciones u operativos militares, invasión, actos de enemigo extranjero, guerra civil, revolución sedición, conspiración militar, actos de terrorismo, usurpación de poder, bombardeos, enfrentamientos armados, allanamientos, destrucción de moradas, sublevaciones, manifestaciones políticas, alborotos populares, rebelión o cualquier acción atribuible a éstos, participación en algún tumulto o en actos delictivos o ilegales.
11. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al Asegurado Principal o Cónyuge como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, tales como fecundación in vitro, impotencia, infertilidad, y/o reversión de la esterilización previa.
12. Tratamientos por medio de anticonceptivos con fines terapéuticos para control de natalidad, aborto inducido y cambio de sexo.
13. Tratamientos quiroprácticos, homeopáticos o cualquier tipo de medicina alternativa.
14. Gastos médicos ocasionados por cualquier tipo de corrección visual, tales como Queratotomías, Queratoconos, Láser por Miopía, Astigmatismo, Hipermetropía y Presbicia.
15. Tratamientos o procedimientos médicos considerados experimentales sus derivaciones y sus complicaciones.
16. Gastos por acupuntura y sus complicaciones.

CONDICIONES GENERALES

- 17. Medicamentos de venta libre que están clasificados en las farmacias como productos OTC (Over the Counter), o sea aquellos que son vendidos sobre el mostrador y que no requieren de receta o prescripción médica para su adquisición.**
- 18. Suplementos alimenticios y vitaminas, salvo aquellas que estén cubiertas por el beneficio de maternidad, de conformidad con esta Póliza.**
- 19. Vacunas, excepto lo indicado en esta Póliza.**
- 20. Servicios o suministros de uso común tales como bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, estuches para presión arterial, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas, evaporizadores y deshumecedores.**
- 21. Tratamientos para corrección articular de la mandíbula, cirugía ortognática y cirugías maxilofaciales, excepto lo estipulado en el apartado de tratamientos específicos de esta Póliza.**
- 22. Tratamientos de alcoholismo, toxicomanía o adicción a drogas, narcóticos o alucinógenos. Así como las lesiones causadas mientras el asegurado se encuentre bajo el efecto de drogas, en estado de embriaguez, siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, excepto en aquellos casos en los que el Asegurado viaje como pasajero de un vehículo.**
- 23. Gastos médicos incurridos en cualquier país que se encuentra bajo embargo económico autorizado y reconocido por una organización de gobierno mundial o por el gobierno de los Estados Unidos, cuya lista de los países que se clasifican en esta categoría están a disposición en el sitio de internet: www.pmddtc.state.gov/embargoed_countries/.**
- 24. Tratamientos debidos a condiciones congénitas, a excepción de lo indicado en el Cuadro de Coberturas de esta Póliza.**
- 25. En los planes con cobertura mundial no se cubrirán: i) Gastos médicos incurridos fuera de Centroamérica si el Asegurado no reside permanentemente al menos ciento ochenta (180) días del año calendario en Honduras; se exceptúan los días relacionado a viajes de negocios, trabajo o vacaciones. ii) Gastos médicos en el extranjero para hijos dependientes que viajen o residan en el extranjero, pero si contarán con cobertura en Honduras contratada mientras el Asegurado Titular de la póliza resida en Honduras iii) Gastos médicos incurridos en el extranjero por procedimientos médicos programados o electivos cuando estos sean incurridos con aquellos Proveedores con quienes la Compañía no tenga convenio al momento de incurrir en dichos gastos. Se exceptúan los casos de los gastos médicos incurridos por Emergencia Médica según se define en esta Póliza, siempre y cuando la Emergencia Médica hubiere ocurrido estando el Asegurado en el extranjero.**
- 26. Todo gasto relacionado con hormonas de crecimiento.**

CONDICIONES GENERALES

- 27. Cualquier tratamiento relacionado con la obesidad, cirugía o programa para el control de peso, control dietético; desviación gástrica o procedimiento de reducción gástrica, cirugía bariátrica y sus complicaciones.**
- 28. No se cubren complicaciones generadas por diagnósticos, procedimientos quirúrgicos o tratamientos médicos no cubiertos en la póliza.**
- 29. Servicios médicos prestados en una institución gubernamental o en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, en la que el Asegurado tenga derecho a atención gratuita.**
- 30. Servicios médicos prestados relacionados al tratamiento de epidemias y pandemias oficialmente declaradas por el Ministerio de Salud o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente, están excluidos por esta póliza. Esto incluye aquellos costos médicos relacionados con cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.**
- 31. Excedentes por encima de lo específicamente señalado como límite de cobertura en el Cuadro de Coberturas.**
- 32. Tratamientos con fines de descanso y relajamiento, tales como curas de reposo, retiros, vacaciones.**
- 33. Gastos hospitalarios o sanitarios no considerados necesarios para la atención de la salud o que no estén relacionados con el tratamiento como son: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas y cosméticos, alimentos de acompañante, caja fuerte, seguros de caución (fianzas), dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de películas y discos de vídeo, televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía de bebé, paquete de recién nacido, perforación del lóbulo de la oreja y trámites del Registro Nacional de las Personas.**
- 34. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.**
- 35. Gastos médicos que se incurran mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente.**
- 36. Los gastos médicos incurridos en Honduras que correspondan a la compra de medicamentos que no estén aprobados y disponibles para la venta en las farmacias de Honduras y que no cuentan con la aprobación del ministerio de salud. Esto mismo aplica para los planes que ofrecen cobertura fuera de Honduras, en el cual no habrá cobertura para los gastos médicos incurridos fuera de Honduras que correspondan a la compra de medicamentos que no estén aprobados y disponibles para la venta en las farmacias del país en donde se incurra en el gasto y que no cuentan con la aprobación del departamento de regulación y control de productos farmacéuticos en dicho país, con registro sanitario y aprobado por la FDA o la EMA**
- 37. Tratamientos y procedimientos médicos realizados a través de alta tecnología nueva no disponible anteriormente en Honduras, que no**

CONDICIONES GENERALES

hayan sido previamente autorizados por la Compañía. Dichos tratamientos deberán haber sido comprobados exitosamente en Honduras con más de tres (3) años de experiencia por médicos especialistas.

- 38. Desordenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH) y las enfermedades de Transmisión Sexual, excepto el VIH / SIDA para el cual ésta póliza otorga cobertura.**
- 39. El tratamiento médico o quirúrgico por lesiones o condiciones médicas, sus complicaciones y secuelas relacionadas con la participación del asegurado en la práctica profesional de deportes por la que reciba compensación económica, que constituya su mayor fuente de ingreso.**
- 40. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición y/o tratamiento excluido por esta póliza.**
- 41. Gastos relacionados a las complicaciones y/o secuelas directas o indirectas asociadas con los procedimientos o tratamientos de cualquiera de las exclusiones estipuladas en esta cláusula o aquellas relacionadas con una condición o tratamiento excluido por la póliza y/o reflejado en el certificado de cobertura.**
- 42. Cargo de una ambulancia aérea, trasplante de órgano o tratamiento especializado o de alto costo que no haya sido Pre-certificado y coordinado con la Compañía.**
- 43. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma ambulatoria u hospitalizaciones de más de veintitrés (23) horas previas a una cirugía programada.**
- 44. Servicios médicos incluyendo confección de recetas proporcionados o indicados por el mismo Asegurado, por su cónyuge o por parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquiera otra persona que conviva con el Asegurado.**
- 45. Suplementos alimenticios, a no ser que se requieran para darle sustento a un Asegurado que esté hospitalizado.**
- 46. Almacenamiento de médula ósea, célula madre, sangre de cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto cuando esté estipulado bajo las coberturas de esta Póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas.**
- 47. Tratamiento de Lesiones o Enfermedades y sus complicaciones y secuelas provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.**
- 48. Cuidados en el hogar prestados por personal no calificado o por personal doméstico, costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Compañía los apruebe expresamente.**

CONDICIONES GENERALES

- 49. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes del oído, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo los términos de esta Póliza.**
- 50. Exámenes auditivos de rutina, dispositivos para la audición, exámenes oculares, anteojos, lentes de contacto, y/u otros procedimientos o dispositivos para corregir desórdenes de la refracción visual, quedando cubierto el lente intraocular, siempre que el padecimiento esté amparado por la Póliza, excepto aquellos gastos que se encuentren detallados en el Cuadro de Coberturas.**

EXCLUSION DE LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA, AYUDA DE SEPELIO Y REPATRIACION DE RESTOS MORTALES:

No se pagará la cobertura del seguro de vida si:

- 1. El fallecimiento del Asegurado Principal fuera a consecuencia de suicidio, ocurrido dentro de un período de dos (2) años siguientes a la fecha efectiva de esta Póliza, ya sea en estado de cordura o locura.**

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE MUERTE Y DESMEMBRACION Y PERDIDA DE LA VISTA ACCIDENTALMENTE (MyDA):

No se pagará beneficio alguno por cualquier pérdida causada directa o indirectamente, parcial o totalmente por:

- 1. Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona.**
- 2. Suicidio o tentativa de suicidio.**
- 3. Lesión asestada a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o locura.**
- 4. Insurrección o guerra, o cualquier acción atribuible a éstas.**
- 5. Participación en algún tumulto; mientras se comete algún asalto o delito.**
- 6. Conducir, viajar o descender de cualquier clase de aeronave si el asegurado es piloto, oficial o tripulante de tal aeronave o da o recibe clases de entrenamiento o instrucción o desempeña algún trabajo a bordo de tal aeronave, o que requiera el desembarque de ésta.**
- 7. Enfermedad física o mental, o debido a algún tratamiento médico o quirúrgico o a diagnóstico de éstos.**

CONDICIONES GENERALES

8. Infección de ptomaínas o de bacterias (excepto infección piógena que ocurra simultáneamente de una cortada o herida accidental visible)
9. Tomar veneno o causarse asfixia por inhalar gas ya sea voluntaria o involuntariamente, a menos que ocurra con motivo de o en el curso del empleo del individuo.

No obstante cualquier estipulación en contrario contenida bajo el Beneficio de Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente de esta Póliza, queda expresamente acordado y convenido que la muerte, las lesiones o las consecuencias de éstas que el Asegurado pueda sufrir causadas por armas de fuego, objetos punzo cortantes o contundentes, o cualquier combinación de los mismos cualesquiera que sean las circunstancias en que ocurra la muerte, las lesiones o las consecuencias de éstas, no serán consideradas como Accidentes ni estarán cubiertos por el Beneficio de Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente que contiene esta Póliza, quedando específicamente excluida su cobertura.

CLAUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte de este contrato, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, los anexos que se le adhieran, y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes que guarde relación con el presente contrato de seguro.

CLAUSULA No. 4 DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza, se entenderá que:

1. **Accidente:** Suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecta el organismo del Asegurado provocándole lesiones, heridas visibles o contusiones internas. Esta condición médica requiere atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso. Para los efectos de esta Póliza, no serán considerados Accidentes los sucesos imprevistos acaecidos al Asegurado durante el ejercicio de las actividades descritas en el capítulo de Exclusiones.
2. **Anexo:** Documento que forma parte de la Póliza, que modifica, restringe y/o adiciona a las coberturas o algún elemento contractual, con base en el análisis de riesgo que se realice a cada uno de los solicitantes. Se estipula que lo

CONDICIONES GENERALES

indicado en un Anexo siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga a ellas.

3. **Año Calendario:** Período comprendido entre el 01 de enero de cualquier año y el 31 de diciembre del mismo año, ambas inclusive.
4. **Asegurado:** Persona física de cualquier género, residente legalmente en la República de Honduras, que obtiene el beneficio de las coberturas amparadas. Será denominado **Asegurado Principal** el solicitante que completa y/o firma la Solicitud de Seguro y a cuyo nombre se ha aprobado y emitido la Póliza. Dicha persona tiene la autoridad de solicitar cambios en la Póliza y es la legitimada para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos bajo esta Póliza y la devolución de la Prima no devengada. Podrán ser considerados **Asegurados Dependientes** los hijos del Asegurado Principal o del Cónyuge; e hijos legalmente adoptados; hijos o nietos para los cuales el Asegurado Principal ha sido designado como tutor legal o sobre quienes tiene la patria potestad, los hijos dependientes antes mencionados deberán depender económicamente de éste, según la definición de esta Póliza, y previa solicitud expresa del Asegurado Principal y el Asegurado Dependiente, en caso de que éste sea mayor de edad y tenga capacidad de actuar.
5. **Beneficiario:** Persona (s) designada (s) por el Asegurado Principal para recibir la indemnización correspondiente derivada de esta Póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado Principal.
6. **Cáncer:** El término cáncer designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; también se le denomina “tumores o neoplasias malignas”. Una característica del cáncer es la multiplicación desordenada de células anormales que se extienden más allá de los límites de los órganos y tejidos, pudiendo invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos y tejidos, proceso conocido como metástasis.
7. **Certificación Médica:** Documento emitido por un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, en el cual se incluye un Diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para el Reclamo de un Siniestro.
8. **Cirugía:** Operación invasiva ejecutada por Médicos especialistas mediante la cual se pretende devolver la salud al Asegurado por la curación y restauración de órganos y procesos fisiológicos internos o externos.
9. **Coaseguro:** Monto porcentual indicado en el Cuadro de Coberturas que es responsabilidad del Asegurado y debe ser cubierto por el mismo, una vez restado el Deducible correspondiente, cuando los servicios médicos y/u hospitalarios se presten fuera con aquellos Proveedores con quienes la Compañía tenga convenio. No obstante, lo anterior, el pago de un coaseguro por parte del Asegurado puede ser requerido también dentro de aquellos Proveedores con quienes la Compañía tenga convenio, de conformidad con las condiciones vigentes de aquellos Proveedores con quienes la Compañía tenga convenio al momento de incurrir en el siniestro.
10. **Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS):** Para efectos de este contrato es la entidad encargada de la supervisión, inspección, y vigilancia de la actividad de seguros.

CONDICIONES GENERALES

- 11. Compañía:** Para efectos de este contrato ahora adelante Pan American Life Insurance Company.
- 12. Condición Congénita:** Las anomalías congénitas se denominan también: defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales (como los trastornos metabólicos) que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.
- 13. Condiciones Preexistentes:** Una condición preexistente es una enfermedad, lesión corporal o síntoma, las cuales existían con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado, o antes de un aumento o cambio de beneficios, que requieran la presentación de Pruebas de Asegurabilidad. Una condición preexistente se define como:
- I.** Enfermedad, lesión corporal o síntoma por las cuales el Asegurado, previo a su fecha efectiva de cobertura:
 - a)** Tuvo advertencia médica o consultó a un Médico.
 - b)** Recibió tratamiento médico y o quirúrgico, servicios o suministros.
 - c)** Se ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico.
 - d)** Tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas.
 - II.** La presencia de signos y/o síntomas los cuales causarían a una persona normalmente prudente asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.
- 14. Cuadro de Coberturas:** Compendio de condiciones particulares de esta Póliza y que es parte integral de ésta, en la cual se detalla el Máximo Vitalicio, las coberturas y montos correspondientes a cada concepto que en su descripción indiquen una limitante, o el monto máximo aplicable a la cobertura específica del Asegurado Principal y sus Asegurados Dependientes. Se indican también el Plan aprobado, los Coaseguros o Deducibles, así como cualquier otra especificación que clarifique la cobertura.
- 15. Cuadro de Seguro:** Cuadro o esquema contenido dentro de las Condiciones Generales que contiene un resumen de los beneficios de la póliza a manera de ilustración.
- 16. Deducible:** El Deducible es la cantidad inicial de los Gastos Cubiertos cuyo pago es responsabilidad del Asegurado durante cada año calendario, debiendo cubrirlo antes de tener derecho a un reembolso y de conformidad con lo que se estipula en esta Póliza.
- 17. Diagnóstico:** Dictamen sobre un padecimiento o condición que efectúa un Médico con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad o el Accidente, apoyándose para ello en evaluaciones directas, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para formular un juicio técnico.
- 18. Delimitación Geográfica:** Se entenderá por delimitación geográfica que tendrá la póliza en cuanto a la cobertura que la misma otorga. Por consiguiente, se entenderá por cobertura centroamericana (C.A.) la cobertura delimitada o circunscrita a Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá; adicionalmente la cobertura también incluye

CONDICIONES GENERALES

a la República de Colombia; se entenderá por cobertura mundial la cobertura en cualquier parte del mundo.

- 19. Edad:** Tiempo que una persona ha vivido contado a partir del momento de su nacimiento.
- 20. Emergencia:** Condición médica repentina, seria, aguda y, generalmente, inesperada que requiere tratamiento médico inmediato o Cirugía. Esta condición médica puede poner en riesgo la vida del Asegurado o su integridad física.
- 21. Enfermero(a):** Profesional con licencia para prestar servicios de enfermería, debidamente incorporado al Colegio de Enfermeras de Honduras.
- 22. Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud diagnosticada por un Médico, que amerita tratamiento médico y/o quirúrgico. Las recaídas, complicaciones y secuelas que se consideren médicamente asociadas a una Condición Preexistente, se considerarán una manifestación de ésta. Para los efectos de esta Póliza, no serán considerados Enfermedades los padecimientos descritos en la cláusula de Exclusiones.
- 23. Evento y/o siniestro:** Hecho imprevisto que sufre el Asegurado, a consecuencia de la ocurrencia de un Accidente o el Diagnóstico de una Enfermedad, así como todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones y Hospitalizaciones que sean derivadas del acontecimiento inicial. Y para la Cobertura de Gastos Médicos corresponde al momento que se devengan los gastos.
- 24. Familiar Dependiente:** Es el cónyuge legítimo del Asegurado Principal que tenga al menos dieciocho (18) años de edad, los hijos solteros, hijastros o hijos adoptados legalmente con edades a partir del primer (1º) día y hasta los dieciocho (18) años de edad y podrá extenderse esta cobertura a los hijos solteros dependiente hasta la edad de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo en un colegio, escuela, instituto, o en la universidad y que dependan del Asegurado Principal para su sostenimiento y residan con él.
- 25. Fecha de Aniversario de la Póliza:** Será la fecha de renovación de la Póliza.
- 26. Fecha Efectiva de la Póliza:** Es la fecha indicada en el Cuadro de Coberturas, en la que inicia la vigencia de la Póliza.
- 27. Fecha de Vencimiento de la Póliza:** Fecha en la que la Prima correspondiente a esta Póliza debe ser pagada por el Asegurado.
- 28. Gastos Cubiertos:** Son los gastos médicos ambulatorios y/u hospitalarios razonables y necesarios por cuidados y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios de conformidad con el Cuadro de Coberturas y las demás estipulaciones de esta Póliza, que son ordenados por un Médico legalmente autorizado a ejercer la medicina, con excepción de un Médico cuya licencia limita su práctica a una o más ramas especificadas, y las cuales están descritas en la estipulación de inclusiones y exclusiones de esta Póliza.
- 29. Hospital:** Institución pública o privada organizada de acuerdo con la Ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a sus pacientes, con facilidades médicas, diagnósticas y quirúrgicas para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas, durante las 24 horas del día y durante todos los días del año,

CONDICIONES GENERALES

bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras graduadas. En ningún caso el término "Hospital" significará una institución que esté especialmente dedicada a casa de reposo, de descanso, de convalecencia, de ancianos, clínicas para tratamientos naturales, termas, masajes, estéticos u otros similares, o de tratamiento de adicción -a drogas y/o alcohol.

30. Hospitalización: Estancia continua de más de veinticuatro (24) horas en internamiento en una institución con licencia para operarse como un Hospital, y bajo supervisión médica, a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente en un Hospital para recibir el tratamiento médico o quirúrgico que no pueda efectuarse de manera ambulatoria o en un consultorio médico externo.

31. La Ley: Se refiere al conjunto de leyes, reglamentos, regulaciones y demás disposiciones aplicables en materia de seguros y vigentes en la República de Honduras.

32. Máximo Vitalicio: La cantidad Máxima de beneficio pagadero de por vida con respecto a cada Asegurado, por gastos elegibles incurridos por motivo de una o varias enfermedades o accidentes, de acuerdo a lo descrito en el Cuadro de Coberturas.

33. Médico: Persona con licencia legal para ejercer la medicina y/o cirugía, debidamente inscrito en el Colegio de Médicos de Honduras, o del país donde se preste la atención médica en el extranjero y que actúa dentro de los parámetros establecidos para el ejercicio de su profesión.

34. Muerte cerebral y estado comatoso irreversible: Es la pérdida irreversible de la actividad cerebral. Como resultado, la persona no puede respirar o mantener cualquier otra función vital por su cuenta, y pierde de forma permanente toda consciencia y capacidad para el pensamiento. Las funciones vitales y de los órganos solamente pueden mantenerse por medios artificiales. Los criterios clínicos para diagnosticar muerte cerebral, incluyen una exploración neurológica completa basada en protocolos específicos y pruebas diagnósticas que consisten en:

- Comprobar los reflejos de la persona como es la prueba ocular de reacción a la luz u otros estímulos y no observar ninguna respuesta
- Electroencefalografía (EEG, que es un registro de la actividad eléctrica cerebral): muestra la ausencia de ondas cerebrales cuando el paciente está en muerte cerebral.

De acuerdo a la American Academy of Neurology y al American Academy of Pediatrics, el estado de muerte cerebral es irreversible. Por lo tanto, una vez se confirma la muerte cerebral, se puede determinar que la persona ha fallecido.

35. País de Residencia: Territorio donde el Asegurado está autorizado legalmente a residir, debiendo presentar a la Compañía el documento que lo acredite.

36. Periodo de Espera: Plazo mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la Fecha Efectiva de la Póliza.

CONDICIONES GENERALES

- 37. Periodo de Gracia:** Plazo de treinta (30) días calendario a partir de la Fecha de Vencimiento del pago de la Prima, durante el cual la cobertura continúa vigente provisionalmente, aunque el Asegurado no haya pagado la Prima correspondiente. A las doce horas (12:00 a.m.) del último día del Período de Gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente y se retrotraerán a la Fecha de Vencimiento de la Póliza si el Asegurado no ha cubierto el total de la Prima pactada.
- 38. Planes:** Conjunto de beneficios disponibles en la Póliza que el propuesto Asegurado puede elegir al momento de contratar la cobertura.
- 39. Póliza:** Está constituida por las presentes Condiciones Generales, el Cuadro de Coberturas, las Solicitudes de Seguro, los Anexos, las condiciones particulares y los formularios suscritos por los Asegurados, en donde se establecen los derechos y obligaciones de las partes.
- 40. Pre-certificación médica:** Es un proceso en el cual el Asegurado o sus Dependientes cubiertos en la póliza, deben someter al conocimiento y autorización de la Compañía, todos los servicios de atención médica, no urgentes, que están programados para recibir en el futuro inmediato. Es requerido presentar la documentación de Pre-certificación con al menos siete (7) días de anticipación y debe presentarse a la Compañía en Honduras. De no pre-certificar, los gastos médicos elegibles se cubrirán al cincuenta por ciento (50%) de los gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA) del país donde recibe el servicio y sin aplicar el límite de coaseguro. En adición, a criterio del director médico de la Compañía, se podrá o no requerir de una segunda opinión médica para cualquier procedimiento a través de sus médicos de segunda opinión local.
- 41. Prima:** Suma de dinero que el Asegurado Principal debe pagar a la Compañía como pago del servicio contratado para que ésta atienda la cobertura de los riesgos asegurados.
- 42. Procedimiento médicamente necesario:** Tratamiento, servicio, procedimiento o suministro médico que ha sido determinado necesario por un Médico experto para el Diagnóstico y tratamiento de una Enfermedad o Lesión. No existe necesidad médica si el servicio médico: **i)** Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, su familia o el Proveedor; **ii)** No es apropiado para el Diagnóstico o tratamiento de la condición específica del Asegurado; **iii)** Excede el nivel de cuidado requerido para el Diagnóstico o tratamiento de una condición específica; **iv)** Está fuera del alcance de la práctica estándar normada por las instituciones correspondientes.
- 43. Proveedores Preferidos:** Grupo de hospitales, profesionales y facilidades medicas dedicados al cuidado de la salud en los Estados Unidos de América, legalmente reconocidos y que han sido seleccionados y aprobados por la Compañía para brindar atención a sus asegurados. Debido a que la lista de proveedores preferidos puede cambiar en cualquier momento es responsabilidad del Asegurado confirmar lo siguiente: a.) que el proveedor seleccionado continúe siendo parte de la lista de proveedores preferidos, en la fecha en la que se llevara a cabo el tratamiento médico, aun y cuando el

CONDICIONES GENERALES

asegurado haya recibido con anterioridad servicios o tratamiento médico con dicho proveedor. b.) que el médico tratante preste sus servicios en un Hospital que sea parte de la lista de proveedores preferidos. Para encontrar la lista actualizada visite PALIGMED <https://www.paligmed.com>.

- 44. Recién Nacido:** Persona natural desde el momento de su nacimiento hasta el cumplimiento de treinta y un (31) días de vida.
- 45. Reclamo:** Procedimiento mediante el cual el Asegurado presenta a la Compañía un requerimiento de pago al amparo de las coberturas contenidas en la presente Póliza y cualesquiera otros documentos que formen parte integral del mismo. El reclamo podrá ser presentado en forma directa a la Compañía para el reembolso de los gastos pagados por el Asegurado o mediante el pago directo por parte de la Compañía a los prestatarios de servicios médicos de aquellos Proveedores con quienes la Compañía tenga convenio al momento de incurrir el reclamo, en los lugares donde la misma esté disponible.
- 46. Proveedores:** Personas naturales o jurídicas, tales como: Hospitales, laboratorios, centros de diagnóstico, médicos, profesionales de la salud, farmacias o cualesquiera otras entidades debidamente acreditadas para ejercer su labor.
- 47. Síntoma:** Signo que se presente antes de la Fecha Efectiva de la Póliza, o la rehabilitación de ésta y que, de habersele consultado a un Médico, hubiera resultado en un diagnóstico de Enfermedad o condición médica
- 48. Solicitud de Seguro:** Declaración por escrito contenida en un formulario diseñado por la Compañía y firmado por quien solicita la cobertura, en la cual se consigna información que será utilizada por la Compañía con el propósito de someter las pruebas necesarias para determinar su asegurabilidad, o para evaluar cualquier modificación de la cobertura médica existente que se solicite. Cualquier expediente médico o cuestionario enviado a la Compañía con el propósito de evaluar la cobertura médica solicitada constituirá parte de la Solicitud de Seguro.
- 49. Traslado del deducible:** Los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra el Asegurado durante los últimos tres (3) meses de un Año Póliza serán aplicados al Deducible en ese Año Póliza y trasladados y aplicados al Deducible del Asegurado del siguiente año. Este beneficio solo aplica para el deducible regular de la póliza, no aplica para deducibles modificados o incrementos de deducibles anuales o vitalicios que deba cubrir el Asegurado por una condición o diagnóstico específico según lo estipulado en las condiciones particulares señaladas en el Cuadro de Coberturas.
- 50. Trasplante de órganos y/o tejidos:** Procedimiento en el cual un órgano, tejido o células provenientes de un Donante humano son implantados en un Receptor humano. En el caso de los auto trasplantes, el mismo individuo funciona como Donante y como Receptor.
- 51. Tratamiento experimental o en ensayo clínico:** Un Tratamiento Experimental o Ensayo Clínico es cualquier estudio de investigación que está en desarrollo y aún no ha sido concluido relacionados con la salud, que asignen prospectivamente participantes humanos o grupos de humanos para

CONDICIONES GENERALES

evaluar los efectos y resultados terapéuticos sobre las personas. Las investigaciones incluyen, entre otras, uso de medicamentos, células y otros productos biológicos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos radiológicos, dispositivos, tratamientos conductuales, cambios en el proceso de atención, atención preventiva, etc.; los cuales aún se encuentren en periodo de ensayo o no han sido aprobado por la FDA en las categorías de su jurisdicción o las autoridades equivalentes en Estados Unidos, o en el país donde se emitió la póliza dependiendo el lugar donde se practicó el procedimiento. En caso que el tratamiento sea practicado fuera del país donde se emitió la póliza se considera experimental si aún se encuentra en fase de estudio en Estados Unidos no ha sido aprobado por la FDA según aplique.

52. Tratamientos de terapia y rehabilitación física: Procedimientos indicados y/o supervisados por un profesional acreditado al Colegio Medico de Honduras en terapias y rehabilitaciones, con el propósito de recuperar las funciones motoras y sensitivas afectadas por una lesión, enfermedad o tratamiento quirúrgico cubiertos por la Póliza

53. Usual Razonable y Acostumbrado (URA): Es el cargo u honorario usual que facturaría un Proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o similar para el tratamiento de condiciones o enfermedades análogas o similares por su naturaleza o severidad, en un área geográfica igual o similar. Los cargos u honorarios facturados por tratamientos o suministros inusuales o poco conocidos o que no estén disponibles en un área de servicio serán determinados por la Compañía tomando en cuenta factores tales como la complejidad, el grado de habilidad necesario, el tipo de especialista requerido, y los cargos que son usualmente facturados en otras áreas o zonas geográficas similares en cuanto a costo de los servicios y suministros médicos y al nivel científico. La Compañía utiliza el costo usual, razonable, y acostumbrado para determinar el monto máximo a pagar por un servicio cuando este no está listado o disponible en el Tarifario negociado o de aquellos Proveedores con quienes la Compañía tenga convenio. Los cargos incurridos por servicios médicos cubiertos por esta Póliza en Estados Unidos, dependiendo la ciudad donde se presten, que no excedan los honorarios publicados por In health Professional Services en el Physician's FEE & CODING Guide se cubrirán al 100% de los honorarios publicados para Medicare.

CLAUSULA No. 5 LIMITES DE RESPONSABILIDAD

La Compañía ampara al Asegurado en caso de que ocurra un siniestro en relación con cualquiera de las coberturas contratadas en la Póliza, de acuerdo con las Condiciones Generales, Anexos de esta Póliza y conforme a la cobertura y suma asegurada establecida en el Cuadro de Coberturas, siempre que el siniestro ocurran durante la vigencia de este seguro y no esté excluido conforme a las estipulaciones de esta Póliza y/o sus anexos.

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado perderá todo derecho a las indemnizaciones y la Compañía quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta Póliza cuando el Asegurado realice declaraciones que fueren falsas, inexactas o que contengan omisiones voluntarias, en la Solicitud de Seguro o cualquier otro documento que entregue a la Compañía respecto a hechos o circunstancias importantes para la apreciación y/o evaluación del riesgo al que se le dará cobertura.

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 la reticencia.

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

Si el seguro concerniere a varias cosas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 1137 del Código de Comercio.

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 Contratante o 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 que 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.

Además, a lo dispuesto en el Artículo 1142 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA No. 7 PAGO DE PRIMA

El Asegurado pagará el monto de la prima en la fecha de inicio de vigencia de la póliza y sucesivamente de acuerdo a la forma de pago acordada con La Compañía.

CLAUSULA No. 8 VIGENCIA

El Seguro provisto bajo esta Póliza tendrá una vigencia para el primer año de cobertura desde la Fecha Efectiva de la Póliza hasta el 31 de diciembre del mismo año, quedando como Fecha de Aniversario el 1° de enero de cada año. A partir de la primera renovación, la Póliza tendrá vigencia de un (1) año, renovable por periodos iguales contados a partir de la Fecha de Aniversario, siempre que la Póliza se mantenga vigente mediante el pago de las Primas.

La fecha efectiva de la Póliza será la que determine la Compañía y no así la fecha en que la Solicitud de Seguro fue firmada.

CLAUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene el derecho de designar en la Solicitud de Seguro a sus Beneficiarios y el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos. El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de Beneficiario siempre que la Póliza se encuentre vigente y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a la Compañía, expresando con claridad el nombre, número de identificación, porcentaje y parentesco o relación del nuevo Beneficiario para su anotación en la Póliza. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro al último Beneficiario de cuya designación haya recibido notificación por escrito. Si el Asegurado renuncia a la facultad de cambiar de Beneficiario, se hará constar en la Póliza el carácter irrevocable de la designación.

En caso de que algún beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás beneficiarios sobrevivientes en partes iguales y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del Asegurado determinados en un proceso sucesorio. A los efectos del seguro, se presume que el beneficiario de que se trate ha fallecido simultáneamente con el Asegurado cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

CONDICIONES GENERALES

En caso de que un Beneficiario fallezca en fecha posterior a la muerte del Asegurado, La Compañía pagará el importe de la póliza a los herederos legales de ese Beneficiario, determinados en un proceso sucesorio.

CLAUSULA No. 10 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a la Compañía, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que los conozca, los hechos o circunstancias dependientes o no de su voluntad que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación esencial del riesgo. Para los efectos de ésta póliza, la Agravación Esencial de Riesgo se define como: Situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del Asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere peligrosidad superior al inicialmente contratado. Son todas aquellas circunstancias que agraven el riesgo y que sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por la Compañía al inicio del contrato no lo habría celebrado. La notificación se hará por escrito a las oficinas de la Compañía o mediante el correo electrónico palic-colectivo-salud-hn@palig.com, o por cualquier otro medio electrónico legalmente aceptado. Una vez que la Compañía haya sido notificada de la modificación de riesgo en los términos previstos, la Compañía procederá con la evaluación del riesgo, a partir de la cual podrá revocar la cobertura o exigir el reajuste a que haya lugar en los cargos de seguro adicionales y/o el valor de la prima, sin ninguna responsabilidad para la Compañía. La falta de notificación oportuna por parte del Asegurado o si el Asegurado provoca la agravación esencial del riesgo cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo, quince (15) días después de que la Compañía le comunique al Asegurado su resolución de terminar el contrato por esta razón. La mala fe del Asegurado dará derecho a la Compañía a retener la prima no devengada. Si el Asegurado no notifica a la Compañía de la Agravación Esencial de Riesgo antes de su fallecimiento, la Compañía se reserva el derecho de modificar el monto del Beneficio por Muerte pagado basado en los cargos de seguro y/o el valor de la prima correctos, con respeto a la Agravación de Riesgo, como si se hubiera notificado la Compañía según sea requerido.

CLAUSULA No. 11 AVISO DEL SINIESTRO

CONDICIONES GENERALES

El aviso de siniestro por el cual se pueda establecer un Reclamo bajo esta Póliza, deberá presentarse junto con la documentación de respaldo necesaria a la Compañía dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha en que el Asegurado conozca su ocurrencia, mediante la presentación del formulario que para el efecto designe la Compañía.

La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que el aviso de siniestro se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

La documentación que se deberá adjuntar al formulario será la siguiente:

- i. Formulario de Reclamo debidamente completado y firmado por el Asegurado o el Reclamante Sustituto en nombre del Asegurado, según corresponda;
- ii. Certificación Médica debidamente firmada por el Médico tratante, incluyendo el Diagnóstico y los reportes de pruebas y exámenes médicos que sirvieron de respaldo a este Diagnóstico;
- iii. Las facturas originales de cada Proveedor con un detalle de los rubros incluidos. Para las facturas emitidas en otra moneda que no sean en la moneda en que fue emitida esta Póliza, se determinará el valor de ésta al tipo de cambio de referencia publicado por el Banco Central de Honduras con base en la fecha en que los servicios fueron proporcionados.

Adicionalmente la Compañía podrá, bajo su costo, tener la opción que un médico designado por ésta examine al Asegurado reclamante, las veces que lo estime razonablemente necesario.

El Asegurado deberá proporcionar a la Compañía toda la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro que le sea requerida, autorizando a la Compañía a obtener todos los expedientes médicos y documentos que considere necesarios. Si el Asegurado no coopera con la Compañía para obtener esta información, la Compañía podrá detener el proceso de evaluación, lo cual suspenderá el plazo de resolución del Reclamo.

Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de los reclamos, y será mantenida en total confidencialidad.

Pre-Certificación Médica

La Compañía requerirá una Pre-certificación médica para todas las admisiones hospitalarias, procedimientos quirúrgicos y procedimientos especiales de diagnóstico

CONDICIONES GENERALES

no rutinarias, ya sea que requieran o no internamiento hospitalario y que sean de carácter electivo, así como la obtención de prótesis y Equipo Médico.

Asimismo, para todos los procedimientos quirúrgicos electivos (no de urgencia) o que no guarden relación con el diagnóstico original por el cual la Pre-certificación fue obtenida, se requerirá una segunda opinión médica en los casos que la Compañía lo estipule conveniente, y dichos gastos correrán por cuenta de la Compañía.

La Pre-certificación médica debe solicitarse a la Compañía, con una anticipación mínima de setenta y dos (72) horas y de conformidad con las políticas de la Compañía, en los formularios que para el efecto se provean. Las emergencias no requieren de Pre-certificación.

La Compañía emitirá una autorización del servicio directamente al proveedor médico si se trata de un tratamiento proporcionado con aquellos Proveedores con quienes la Compañía tenga convenio. En caso de que se tratara de un Proveedor fuera de la red, se emitirá la autorización directamente al Asegurado, la cual deberá posteriormente acompañar a la solicitud de reembolso respectivo.

De no obtener la Pre-certificación, el reembolso de los gastos elegibles indicados en el cuadro de seguro, podrán ser limitados a un reembolso del cincuenta por ciento (50%) de los cargos razonables y acostumbrados de los gastos elegibles cubiertos, una vez cubiertos el deducible y coaseguros que apliquen.

Pago de Reclamaciones:

Todo reembolso o pago que efectúe la Compañía será en Lempiras, moneda de uso legal en la Republica de Honduras y de conformidad con lo que se indique en el Cuadro de Coberturas.

Todos los reembolsos o pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado con motivo de este contrato, se efectuarán en las Oficinas de la Compañía. La Compañía hará los pagos de Reclamos directamente a los Proveedores siempre que esto sea posible. Cuando no se efectúen pagos directos a los Proveedores, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal de conformidad con lo establecido en esta Póliza.

Asimismo, de conformidad con lo indicado en el Cuadro de Coberturas de esta Póliza, la Compañía deducirá de cualquier reembolso otorgado al Asegurado o pago efectuado a Proveedores de servicios las sumas pactadas en concepto de Deducibles y Coaseguros que apliquen.

Todos los beneficios convenidos en esta Póliza serán pagados en un lapso no mayor de treinta (30) días calendario después de haberse recibido toda la documentación requerida y que le permita a la Compañía conocer el fundamento y la cuantía de la reclamación, según los requisitos descritos en esta Póliza. En caso de que la documentación aportada no estuviese completa o fuese defectuosa, la Compañía lo

CONDICIONES GENERALES

comunicará por escrito al reclamante, lo cual suspenderá el plazo de resolución del reclamo.

Revisión de reclamos:

Si el Asegurado estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios de la Póliza, enviará por escrito una solicitud de revisión a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días calendario la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Finalizado este trámite, si continúa en desacuerdo el Asegurado podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con el proceso de conciliación y resolución de conflictos contenido en la cláusula No. 17 de esta Póliza.

Reclamante Sustituto:

Se entenderá por Reclamante Sustituto al cónyuge del Asegurado. En ausencia de este, se entenderá que podrán ser los hijos del Asegurado y en ausencia de éstos podrán ser los padres del Asegurado. El Asegurado tendrá en todo momento la opción de designar a un Reclamante Sustituto específico y comunicar por escrito esta designación a la Compañía. La Compañía tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento.

La designación del Reclamante Sustituto le autoriza únicamente para realizar los trámites de Indemnización, ya que el pago de las Indemnizaciones se realizará a nombre del Asegurado, por lo que se establece así que al efectuar el pago atribuible al Asegurado la Compañía habrá satisfecho la indemnización correspondiente a ese reclamo específico.

Otros Seguros y coordinación de beneficios:

Esta cláusula se aplica cuando la persona cubierta bajo esta póliza, también tiene derecho a los beneficios como resultado de otro seguro de salud.

Cuando un asegurado resulta elegible para recibir beneficios bajo cualquier otra póliza de seguro emitida por cualquier otra compañía que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos necesarios, Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) para el tratamiento de un evento, la suma de los beneficios pagaderos por esta póliza y cualquier otra póliza de seguros podrá ser coordinada entre ambas. Las cantidades por los beneficios elegibles y no pagados bajo la otra póliza y que resulten elegibles bajo esta póliza, podrán ser reembolsados, pero en ningún caso la indemnización combinada de todas las pólizas podrá exceder el 100% del monto total del Gasto Cubierto.

Autorización para tratamiento y confidencialidad (HIPAA-Health Insurance Portability and Accountability Act).

CONDICIONES GENERALES

Previo a autorizar un tratamiento fuera del país de residencia, la Compañía requiere que el Asegurado complete un formulario de autorización que según las regulaciones del país donde sea efectuado el tratamiento permita al proveedor médico y a la Compañía compartir información médica del Asegurado durante su tratamiento y proceso de reclamación. Cuando el tratamiento sea en Estados Unidos el formulario de HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act es requerido o el equivalente según lo requiera el proveedor médico.

Requisitos para el pago de un reclamo por muerte y Ayuda de Sepelio:

- Formulario de reclamación por muerte completado por el Médico tratante (No aplica la sección del Médico tratante para cuando es Homicidio o Accidente)
- Certificación de acta de defunción original
- Certificación de acta de nacimiento original y fotocopia de identidad del fallecido
- Certificación de acta de nacimiento original y fotocopia de identidad de cada uno de los beneficiarios designados.

En caso de homicidio se debe presentar adicionalmente:

- Certificación del Ministerio público
- Constancia de la Dirección General de Investigación Criminal.

Requisitos para el pago de Muerte Accidental:

- Certificación de acta de defunción Original
- Certificación de acta de nacimiento original y fotocopia de identidad del fallecido
- Certificación de acta de nacimiento original y fotocopia de identidad de cada uno de los beneficiarios designados.
- Certificación del Ministerio Público y prueba Toxicológica.
- Parte de la Dirección General de tránsito.

Desmembración y Perdida de la Vista Accidentalmente.

El pago del reclamo es sujeto a la evaluación por parte del medico concurrente de la Compañía. Los requisitos o documentación a presentar son:

CONDICIONES GENERALES

- Formulario de reclamación completado por el asegurado o por el representante legal del Asegurado en caso de que el Asegurado se encuentre inhabilitado para completar el documento.
- Formulario de Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente completado por el Médico tratante.
- Formulario de reclamación completado por el Médico examinador de la Compañía.
- Dictamen original del Instituto Hondureño de Seguridad Social, si los hubiere.
- Acta de nacimiento del asegurado.
- Copia de la identidad del Asegurado

Requisitos por Adelanto del Seguro de Vida por Diagnóstico de Enfermedades Graves por enfermedad terminal:

El pago del reclamo es sujeto a la evaluación por parte del médico concurrente de la Compañía, por el médico tratante del Asegurado y por un tercer Médico especialista nombrado por los dos anteriores. Los requisitos o documentación a presentar son:

- Formulario de reclamación completado por el asegurado o por el representante legal del Asegurado en caso de que el Asegurado se encuentre inhabilitado para completar el documento.
- Formulario de reclamación completado por el Médico asistente/tratante y por un tercer Médico nombrado por los dos anteriores.
- Formulario de reclamación completado por el Médico examinador de la Compañía.
- Dictamen original del Instituto hondureño de Seguridad Social.
- Acta de nacimiento del Asegurado
- Copia de la identidad del Asegurado
- Copia de expediente clínico.

CLAUSULA No. 12 TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Póliza del Asegurado terminará en los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de Primas. La terminación de la Póliza causará efecto, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido, según lo establecido en la cláusula 20 Periodo de Gracia según más adelante indicado, sin haberse recibido el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s).
- b) Al vencimiento de la Póliza si ésta no se renueva por alguna de las partes con notificación a la otra parte por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación. La Compañía no tiene obligación de renovar este contrato a su vencimiento.

CONDICIONES GENERALES

- c) Cuando la Compañía compruebe que el Asegurado ha cometido fraude o presentado documentación falsa o inexacta o ha hecho declaraciones falsas para obtener los beneficios de este contrato, de acuerdo a lo que establecen los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.
- e) En la fecha de ocurrencia del fallecimiento del Asegurado Principal.
- f) Cuando se agote el Máximo Vitalicio el Asegurado Principal; igualmente terminará la cobertura para el Asegurado Cónyuge o Dependientes cuando alguno de ellos agotare su Máximo Vitalicio.
- g) A la fecha del vencimiento del siguiente pago de prima más próximo en que un Asegurado hijo dependiente cumpla la edad máxima de permanencia.
- h) Cancelación por el Asegurado, si el Asegurado solicita a la Compañía su deseo de cancelar esta cobertura, dicha cancelación será efectiva a partir de la fecha en que la notificación haya sido recibida mediante comunicación por escrito, siempre y cuando la solicitud de cancelación no sea retroactiva con respecto a la fecha de presentación de la misma. Se procederá en retornar la prima no devengada al momento de la cancelación, y en los casos en los que la cancelación suceda en los siguientes primeros treinta (30) días a la contratación se retornará el 100% de la prima.
- i) De conformidad a la cláusula 25 Terminación Anticipada por Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.
- j) De conformidad con la Cláusula No. 10 Agravación del Riesgo.
- k) En caso de que el Asegurado Titular deje de residir en la República de Honduras, de conformidad a la Cláusula No 17 Territorialidad.

CLAUSULA No. 13 RENOVACIÓN

Esta Póliza podrá ser renovada automáticamente en la Fecha de Aniversario. Las condiciones que apliquen en la renovación en cuanto a tarifas, coberturas y/u otros, serán las que la Compañía determine y notifique al Asegurado con por lo menos treinta (30) días calendario previos a la fecha de terminación de la póliza.

El pago de la primera prima del periodo de renovación, dará por aceptadas las condiciones de renovación por parte del Asegurado.

CLAUSULA No. 14 PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza, prescribirán en tres (3) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

CONDICIONES GENERALES

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

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que 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

CLAUSULA No. 15 CONTROVERSIAS

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

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

CLAUSULA No. 16 COMUNICACIONES

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal de la Compañía o a la dirección del Asegurado que conste en la Póliza, según sea el caso.

CLAUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD

El Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de País de Residencia dentro de los primeros treinta (30) días después de realizado el cambio. Es causal de terminación del contrato

CONDICIONES GENERALES

si el Asegurado cambia de residencia a los Estados Unidos u otro país donde la compañía no ofrezca este producto, a excepción de hijos dependientes que permanezcan temporalmente en otro país en calidad de estudiantes. Dicho cambio deberá ser autorizado previamente por la compañía, una vez que el Asegurado presente a la Compañía los documentos correspondientes y copia de la visa de estudiante. Será causa de terminación del contrato o de la cobertura cuando el Asegurado Principal o un Dependiente no autorizado previamente por la compañía, permanezca por más de ciento ochenta (180) días continuos fuera de su país de residencia donde fue emitida dicha póliza. La falta de notificación a la Compañía de cualquier cambio de residencia resultará en la terminación del contrato.

CLAUSULA No. 18 SUICIDIO

No está cubierto el Suicidio o intento del mismo durante los primeros dos (2) años de vigencia de la Póliza.

CLAUSULA No. 19 EDAD

A. Elegibilidad del Asegurado Principal

Será elegible como Asegurado Principal de esta Póliza las personas residentes legalmente en Honduras que tengan al menos dieciocho (18) años de edad, pero no más de sesenta y cinco (65) años de edad cumplidos al momento de contratar la Póliza, que presenten la Solicitud de Seguro y presente pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía sin costo para ésta y que cumplan con las normas de suscripción de la Compañía.

Los Beneficios de Vida y Muerte, Pérdida de la Vista y Desmembración Accidental se reducirán un 50% al cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años de edad y dicha cobertura no tendrá edad de terminación.

A. Elegibilidad de los Asegurados Dependientes

Para los efectos de esta Póliza, se consideran elegibles los "Dependientes" o "Asegurados Dependientes": a) el cónyuge legítimo del Asegurado Principal que tenga al menos dieciocho (18) años de edad, pero no más de sesenta y cinco (65) años de edad cumplidos al momento de contratar la Póliza; y, b) hijos solteros, hijastros o hijos adoptados legalmente con edades a partir del primer (1º) día de nacido y hasta los diecinueve (19) años de edad y podrá extenderse esta cobertura a los hijos solteros hasta la edad de veinticinco (25) años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo en un colegio,

CONDICIONES GENERALES

escuela, instituto, o en la universidad, que dependan del Asegurado Principal para sus sostenimiento y residan con él.

El Asegurado Principal podrá solicitar cobertura de dependiente, presentando la solicitud y suministrando pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía sin costo para ésta, las cuales quedaran sujetas a aprobación por la Compañía.

El dependiente que se encuentre hospitalizado en la fecha en que el Asegurado Principal hubiera quedado asegurado en lo que respecta a tal dependiente, podrá solicitar su adición como dependiente asegurado solamente cuando sea dado de alta por el hospital.

B. Elegibilidad del Recién Nacido

Un niño nacido de una maternidad cubierta en esta póliza, podrá ser incluido como dependiente de la misma, sin evaluación de riesgos siempre que la Compañía reciba dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al nacimiento, la solicitud de seguro de adición de asegurados dependientes, incluyendo un informe reciente del pediatra del recién nacido, su sexo, estatura, peso, fecha de nacimiento y estado actual de salud, junto con el pago de la prima correspondiente y la cobertura será efectiva a partir del (1º) día de nacido.

En el caso de un recién nacido que nazca de una maternidad no cubierta en la póliza, o bien cuando la notificación de adición del recién nacido de una maternidad cubierta en la póliza sea recibida por la Compañía después de los treinta (30) días calendario posteriores al nacimiento, deberá presentar la solicitud de seguro para la adición de dependiente, suministrando evidencias de asegurabilidad y el informe reciente del pediatra, quedando su aceptación sujeta a evaluación por parte de la Compañía quien indicará la fecha efectiva de cobertura si el caso fuera aprobado.

C. Edad

El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en su Solicitud de Seguro. No obstante, lo anterior, la Compañía podrá exigir en cualquier momento documentos que comprueben la edad del Asegurado. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha Efectiva de la Póliza o de la renovación posterior de la Póliza.

Si se comprueba que a la Fecha Efectiva de la Póliza la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido de inmediato para el Asegurado sin responsabilidad alguna para la Compañía.

CONDICIONES GENERALES

Si con posterioridad a la Fecha Efectiva de la Póliza se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía se procederá de la siguiente forma:

- i. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Compañía asumirá el riesgo, pero el Asegurado deberá reembolsar a la Compañía los montos correspondientes a las Primas dejadas de percibir por la Compañía. Si el Asegurado no lo hiciere, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza por falta de pago apropiado de la Prima. En caso de que el error fuere descubierto sucedido ya el siniestro, la Compañía podrá deducir de la suma indemnizada las Primas dejadas de percibir.
- ii. Si el Asegurado declaró una edad mayor a la real, la obligación de la Compañía no se modificará, y la Compañía reembolsará en sus oficinas la diferencia entre las primas percibidas y las primas reales de conformidad con la edad verdadera, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la solicitud escrita correspondiente. Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada en la fecha de celebración del contrato o de su última renovación.

La Compañía asumirá todas las obligaciones establecidas en la Póliza para con aquellos individuos que incorporare a la Póliza, pero cuya edad se encontrare fuera de los límites de admisión, siempre y cuando dichos individuos hubiesen declarado verazmente su edad en su Solicitud de Seguro. Para los efectos de esta Póliza, se entenderá que las coberturas estipuladas hasta el cumplimiento de una edad específica, cubrirán al Asegurado durante todo el día de su cumpleaños y hasta la medianoche (24:00 horas) de ese día.

CLAUSULA No. 20 PERIODO DE GRACIA

El Asegurado dispondrá de un Periodo de Gracia de treinta (30) días calendario para pagar la prima, contados a partir de la fecha de vencimiento de cada Prima. Transcurrido este plazo, si no se ha efectuado el pago de la Prima, la Compañía procederá a cancelar la Póliza.

CLAUSULA No. 21 REHABILITACIÓN

No obstante, lo dispuesto por la Cláusula de Terminación Anticipada de la Póliza, si la causa que pone término a la cobertura de la Póliza es la falta de pago de la Prima, el Asegurado podrá rehabilitarla

CONDICIONES GENERALES

pagando la Prima adeudada, siempre que no hayan transcurrido más de quince (15) días calendario a partir de la fecha de vencimiento del Período de Gracia, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad. En el caso en que sí haya transcurrido más de quince (15) días calendario de la fecha de vencimiento del Período de Gracia, se deberá presentar nueva solicitud y pruebas de asegurabilidad para solicitar la rehabilitación y la misma quedara sujeta a análisis y aprobación por parte de la Compañía. En el caso de rehabilitarse la Póliza, sólo se cubrirán aquellos gastos que resulten de un siniestro ocurrido a partir de la fecha de su rehabilitación, considerando siempre lo estipulado en la cláusula No. 2 de Exclusiones de esta Póliza.

CLAUSULA No. 22 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los dos (2) primeros años contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Cobertura de cada Asegurado, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o declaraciones inexactas en la celebración del Contrato de Seguro o en la activación de cada cobertura individual. Una vez transcurrido dicho plazo la Compañía renuncia al derecho de rescindir el contrato o la cobertura por omisiones o declaraciones inexactas en que hubiere incurrido el Asegurado.

CLAUSULA No. 23 VALORES GARANTIZADOS

No aplica.

CLAUSULA No. 24 MONEDA

Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte del Asegurado o por la Compañía, se efectuarán en Lempiras, moneda oficial de la Republica de Honduras.

CLAUSULA No. 25 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT.

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el 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

CONDICIONES GENERALES

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.

Esta cláusula 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.

CLAUSULA No. 26 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.