

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO

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 de conformidad con la póliza o contrato.

CLÁUSULA No.1 COBERTURA

La Compañía reconocerá al Asegurado, el porcentaje de los gastos médicos establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, necesarios para la recuperación de la salud, acostumbrados y razonables en el lugar donde el servicio es brindado, que adelante se mencionan:

- 1. Cuarto y alimentos, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, sin exceder de 365 días por cada período de hospitalización o hasta el límite de la vigencia de la póliza.**
- 2. Servicios especiales por suministros de hospital, sala de operaciones y curaciones.**
- 3. Atención médica suministrada por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina y que no sean el cónyuge, su hijo(a), hermano(a), o el padre o la madre del Asegurado.**
- 4. Procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano legalmente autorizado para ejercer la medicina y que no sean el cónyuge, sus hijos (as), hermano (a), o el padre o la madre del Asegurado, sujetando dichos gastos a la tabla de honorarios de REDHSA vigente.**
- 5. Aplicación de anestesia por un médico autorizado legalmente para ejercer la profesión y que no sean el cónyuge, hijos (as), hermano (a), el padre o la madre del asegurado, sujeto a la tabla de honorarios de REDHSA vigente.**
- 6. Atención suministrada por enfermeras(os) tituladas (os) que no sean el cónyuge, hija(o), hermana(o), el padre o la madre del asegurado y que no vivan en la casa del mismo.**
- 7. Tratamientos suministrados por un fisioterapeuta o radioterapeuta.**



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

- 8. Servicio autorizado de ambulancia profesional terrestre, utilizado para traslado de paciente del lugar donde ocurre el accidente o se contrae la enfermedad, al hospital siempre que exista el cargo por hospitalización o uso de sala de emergencia debidamente justificado hasta el monto establecido en las Condiciones Particulares**
- 9. Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, siempre que sean prescritos por un médico y adquiridos en un establecimiento autorizado para el suministro de medicamentos, supervisado por un farmacéutico autorizado para ello, y que no sean el cónyuge, su hijo (a), hermano (a), o el padre o la madre del Asegurado.**
- 10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos x, electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.**
- 11. Oxígeno, terapia de inhalación, pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratorias; transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares miembros y ojos artificiales, braguero y muletas u otro equipo similar. Alquiler de sillas de ruedas y cama especial de hospital.**
- 12. Cirugía plástica reconstructiva, exclusivamente si es necesaria a consecuencia de una lesión accidental que ocurra mientras el individuo se encuentre asegurado y que sea realizada dentro los 180 días siguientes a la fecha del accidente.**
- 13. Trasplantes de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.**
- 14. Tratamientos Dentales practicados por un Dentista o Cirujano Dental legalmente autorizado para ejercer dicha profesión, a consecuencia de un accidente cubierto y se realicen dentro de los 90 días siguientes al accidente, incluyendo:**
 - a. Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada**
 - b. Prótesis de dientes si éstos eran naturales.**
 - c. Por excepción, la extracción de terceros molares impactadas**
- 15. Tratamientos Psiquiátricos en caso de:**
 - a. Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado,**
 - b. Por aplicación de terapia para tratamiento de convulsiones, ya sea que se encuentre hospitalizado o no.**

16. Beneficio de Maternidad, siempre y cuando el beneficio ha sido contratado, y el embarazo inicie después del período de carencia establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares el cual se contará a partir de la fecha de inicio de la cobertura en la póliza de la Asegurada ya sea titular o cónyuge dependiente, y de acuerdo a las condiciones establecidas en el Anexo de esta cobertura.

17. Control de Niño Sano, a partir del primer día de nacido hasta la edad establecida en las Condiciones Particulares, incluyendo la aplicación de vacunas del cuadro básico del Ministerio de Salud.

Coberturas Adicionales :

Siempre que se establezca en las Condiciones Particulares y Opcionalmente mediante el pago de una prima adicional, se podrán contratar los siguientes beneficios:

Ayuda Oftalmológica:

Con base a las condiciones establecidas en el Anexo de esta cobertura, se otorga una ayuda oftalmológica hasta el máximo establecido en las Condiciones Particulares.

Gastos Dentales:

Con base a las condiciones establecidas en el Anexo de esta cobertura, se otorga cobertura para gastos incurridos por tratamientos Dentales hasta el máximo establecido en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES

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

- 1. Cualquier servicio o suministro que no estuviere específicamente declarado como Gasto Médico Cubierto en la cláusula segunda.**
- 2. Cama y alimentación de acompañante (s) y suministros para el confort personal si el Asegurado se encuentra hospitalizado, tales como aparatos de radio, televisión, uso de teléfono o servicios de peluquería, belleza u otros similares.**



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

- 3. Reconocimientos médicos y chequeos generales que no se relacionen ni sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad.**
- 4. Exámenes de rutina de los oídos, de la vista y las refracciones oculares como: tratamiento quirúrgico para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoplastia, queratotomía, compra de anteojos, de lentes de contacto y de audífonos.**
- 5. Tratamientos Dentales, excepto lo estipulado en el numeral 14) de los Gastos Cubiertos y los establecidos en las coberturas adicionales.**
- 6. Tratamientos Psiquiátricos y/o Psicológicos de enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales, excepto con lo estipulado en el numeral 15) de los Gastos Cubiertos.**
- 7. Lesiones causadas a sí mismo mientras se encuentre o no en uso de sus facultades mentales.**
- 8. Tratamiento de alcoholismo, adicción a drogas, desórdenes mentales o nerviosos, padecimientos psiquiátricos, y/o psicológicos, así como las lesiones que sean a consecuencia de las mismas.**
- 9. Lesiones sufridas en accidentes originados por la práctica de deportes peligrosos tales como: Pesca en alta mar, Rodeo, Rugby, Boxeo, Lucha Libre, Buceo, Montañismo, Motocross, Alpinismo, Artes Marciales, Esquí de cualquier tipo, Cacería, y cualquier deporte aéreo.**
- 10. Atenciones por Embarazo que se origine antes o durante el período de carencia establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares (para Aseguradas nuevas y/o cónyuges de Asegurados nuevos).**
- 11. Exámenes para diagnóstico, tratamientos o servicios médicos quirúrgicos de infertilidad, esterilidad, fecundación In Vitro y sus complicaciones; cualquier tratamiento o procedimiento para el control de natalidad así como, cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con la inversión de esterilización masculina o femenina.**
- 12. Servicios o suministros proporcionados para el control de peso o el tratamiento de la obesidad y calvicie.**
- 13. Tratamiento o intervención quirúrgica para transformación sexual, disfunciones o insuficiencias sexuales, así como tratamientos de reemplazo hormonal.**
- 14. Atenciones por complicaciones relacionadas con el medicamento Viagra o equivalentes a éste.**



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

- 15. Tratamientos y servicios brindados por podiatras, quiroprácticos, homeópatas, acupunturistas y naturistas.**
- 16. Tratamientos y servicios médicos quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica, procedimientos nuevos considerados experimentales, investigativos, así como medicina deportiva, medicina natural, homeopática y alternativa.**
- 17. Atenciones médicas, medicamentos y procedimientos quirúrgicos de cualquier índole, cuya finalidad sea estética, de embellecimiento, rejuvenecimiento y crecimiento.**
- 18. Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, sus complicaciones, desórdenes, enfermedades o síntomas relacionados.**
- 19. Cuidados o tratamientos a causa de padecimientos congénitos de cualquier naturaleza.**
- 20. Tratamientos suministrados por un hospital que pertenezcan o sean manejados por el gobierno bien sea estatal, provincial, municipal, o cualquier sub-dirección política de éstos o en caso de reclusión en hospital en el cual no se le exija pagar por cualquier servicio o asistencia médica.**
- 21. Condiciones Preexistentes, las que estarán sujetas a un período de carencia de doce (12) meses ininterrumpidos, durante los cuales la Compañía no cubrirá ningún reclamo.**
- 22. Las siguientes enfermedades crónicas y/o degenerativas, estarán sujetas a un período de espera de doce (12) meses, durante los cuales la Compañía no cubrirá ningún reclamo: Hernias de cualquier tipo, histerectomías ya sean abdominales o totales, artroscopias de rodillas, meniscectomías, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y sus secuelas, diabetes mellitus, enfisema, enfermedad ácido péptica, artritis de ningún tipo, osteoporosis, insuficiencias cardíacas, angina de pecho, isquemia cerebral transitoria, litiasis biliar o renal, tumores benignos o malignos, leucemia, tratamiento relacionado con prolapso genital, Cistocele, Rectocele en todos sus grados, hallux valgus, valvulopatías de ningún tipo, así como los procedimientos quirúrgico de amigdalectomías, adenoidectomías, y para corregir cifosis y escoliosis de la columna vertebral.**
- 23. Lesiones o enfermedades causadas por fenómenos sísmicos, actos de guerra (sea ésta declarada o no) o de conmoción civil, así como aquellos provenientes de participación del asegurado en riñas, peleas o duelos.**
- 24. La Compañía no asume ninguna responsabilidad por gastos ocasionados por enfermedades o accidentes para los cónyuges de los asegurados por los cuales exista responsabilidad patronal.**
- 25. Cobertura ocupacional para los hijos dependientes.**

26. **Cualquier tratamiento o complicación que resulte durante o después del tratamiento de una enfermedad o daño que esté excluido en esta Póliza.**
27. **Cualquier gasto médico incurrido después de la fecha de cancelación de esta Póliza, relacionado con lesiones accidentales o enfermedades conocidas o diagnosticadas durante la vigencia de la Póliza.**
28. **Gastos por vacunas preventivas (excepto las vacunas contempladas en el cuadro básico de Ministerio de Salud) o exámenes de rutina, incurridos por individuos mayores de 10 años.**
29. **Fármacos y medicamentos que no hayan sido debidamente aprobados por la Asociación de Alimentos y Drogas –FDA-(Food and Drugs Association) para su uso.**
30. **Pruebas para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, déficit de atención, autismo, retraso psicomotor, orientación matrimonial, retraso del lenguaje, Hiperkinesia o hiperactivismo**

CLÁUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO:

El contrato de seguro queda constituido por la solicitud del seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, endosos y anexos firmados y adheridos a la póliza, si los hubiere.

CLÁUSULA No. 4 DEFINICIONES

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

Accidente: Se considera accidente cubierto aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita y violenta que le produzca al asegurado una lesión corporal sufrida involuntariamente.

Coaseguro: Es el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares a cargo de cada asegurado titular y cada familiar dependiente, después de haber sido aplicado el deducible correspondiente a los gastos elegibles en cada reclamo.

Comisión: La Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

Deducible: Es la cantidad fija establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza con la cual participa cada asegurado titular y cada familiar dependiente por el conjunto de gastos elegibles incurridos durante el año póliza o año calendario. Cuando en un mismo accidente resulten afectados dos o más miembros de un mismo grupo familiar, se aplicará un solo deducible.

Enfermedad: Se entenderá por enfermedad, todo padecimiento, dolencia, malestar, desorden o condición física que altera la salud del asegurado y se caracteriza por un conjunto reconocible de signos y síntomas que requiere tratamiento médico o quirúrgico indicado por un médico autorizado. Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad cubierta que les dio origen.

Hospital y/o Clínica: Es todo establecimiento público o privado, establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos quirúrgicos y equipado con el personal preparado para el tratamiento para el cual se internó el Asegurado y que cuenta con la presencia constante las 24 horas del día, los siete días de la semana, de por lo menos un médico graduado y facultado para ejercer la medicina.

Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos y las casas de reposo no se consideran hospitales.

Ley: Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

Monto Máximo Vitalicio: Es la suma máxima a rembolsar por el conjunto de siniestros que pueda presentar el Asegurado mientras goza de la protección bajo la cobertura de este seguro.

Si un Asegurado o familiar dependiente ha gastado por lo menos el 75% de su máximo vitalicio, puede solicitar restituirlo a la Compañía suministrando evidencia de asegurabilidad satisfactoria y pagando la prima adicional correspondiente. No obstante, la Compañía se reserva el derecho de restituir o no el máximo vitalicio.

Padecimientos Preexistentes: Se entiende como tales aquellas enfermedades que, en fecha anterior a la iniciación de la cobertura de cada Asegurado principal o familiar dependiente, fueron diagnosticadas por un Médico, fueron aparentes a la vista o que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos e inducirían a la persona asegurada a asistir a un Médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Porcentaje de Reembolso: Es el porcentaje que se establece en las Condiciones Particulares de esta Póliza, que después de aplicar el deducible estipulado, le será rembolsado al Asegurado por los gastos elegibles incurridos, sujeto a los pagos máximos vitalicios y a cualquier otra exclusión o restricción definidas en el presente contrato.

Razonable y Acostumbrado: Significa un cargo por atención médica el cual se considera razonable hasta el límite acostumbrado y que no exceda el nivel general de cargos médicos por otros de carácter similar en la localidad donde el cargo es incurrido, cuando se compara con suministros o tratamientos iguales, servicios o abastecimientos a individuos del mismo sexo, edad e ingreso semejante por una lesión o enfermedad similar.

Residencia: Para gozar de los beneficios de este Contrato los Asegurados y familiares dependientes deberán de residir en cualquier lugar de la República de Honduras, debiendo notificar a la Compañía cuando se ausenten del país por más de 30 días.

Período de Preexistencia: Es el tiempo que establece la Compañía para aclarar al participante a partir de cuándo va a reconocer los gastos por una afección que haya definido como padecimiento preexistente.

Período de Carencia o Período de Espera de los Servicios

1. Es el tiempo establecido en las Condiciones Particulares durante el cual no se goza de los beneficios de la Póliza aun y cuando el Asegurado ya forme parte del grupo asegurado.
2. Es el tiempo establecido en las Condiciones Particulares durante el cual los beneficios de maternidad no estarán cubiertos dentro de la Póliza.
3. Es el tiempo establecido en las Condiciones Particulares donde una afección definida como padecimiento preexistente la Compañía no realizará pago alguno.

Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado y y/o sus familiares dependientes que, amparado por el presente seguro, obliga a la Compañía al pago por los reclamos de gastos médicos por enfermedad y accidente o a la prestación prevista en el contrato.

CLÁUSULA No. 5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

La responsabilidad de la Compañía quedará limitada al Máximo Vitalicio individual por cada Asegurado, y sin exceder las sumas aseguradas máximas contratadas para cada cobertura, detalladas en las Condiciones Generales, Particulares y/o Especiales de la Póliza.

Este máximo vitalicio disminuirá automáticamente en las cantidades que la Compañía pague por las reclamaciones presentadas. Ya sea que haya habido o no alguna interrupción en la continuidad del seguro o que el Asegurado haya estado cubierto alguna vez como titular y otra como familiar dependiente.

El pago de los beneficios estará sujeto al monto Máximo Vitalicio de cada Asegurado y a cualquiera otra exclusión, restricciones y /o definiciones establecidas en el presente contrato. Todos los pagos efectuados por la Compañía estarán limitados a los costos usuales, acostumbrados o razonables para el servicio o suministro particular en la zona que se incurra.

CLÁUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

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

La Compañía perderá el derecho de impugnar el Contrato si no manifiesta al contratante 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 obligado la Compañía a pagar la indemnización.

Si el seguro concerniera 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.

Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

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

A pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, él asegurador no podrá resolver el contrato en los casos siguientes:

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

CLÁUSULA No. 7 PAGO DE PRIMAS

La prima individual será la que corresponde a cada Asegurado o grupo familiar de acuerdo con las Condiciones Particulares y Solicitud del Contratante de la presente Póliza; y la Compañía calculará y totalizará las primas individuales de cada Asegurado para la facturación correspondiente al Contratante incluyendo las inclusiones y exclusiones reportadas por éste, aplicando las tarifas vigentes en la fecha del cambio. Sin embargo, mediante notificación por escrito al Contratante, con treinta (30) días de anticipación, la tasa de prima podrá ser aumentada o disminuida por la Compañía.

El Contratante es el obligado directo frente a la Compañía a pagar las primas correspondientes a todos los Asegurados que formen parte del grupo asegurado, y será el único responsable por la falta de pago de la prima.

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

La primera prima vencerá y será pagada en la fecha de vigencia de cada certificado; sin embargo, la póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas, las cuales mediante convenio expreso que se hará constar en las Condiciones Particulares, el Contratante podrá pagarlas en forma Anual, Semestral, Trimestral, Mensual y otra forma de pago de acuerdo a lo pactado.

Si la prima no fuere pagada dentro de los plazos establecidos en el contrato o en los legales, los efectos del seguro no podrán suspenderse sino quince días después del requerimiento respectivo al Contratante, el cual podrá hacerse por medio de carta certificada con acuse de recibo, dirigida al propio Contratante o a la persona encargada del pago de las primas, al último domicilio conocido por la Compañía. Diez días después de la expiración de este plazo, la Compañía podrá rescindir el contrato o exigir el pago de la prima en la vía ejecutiva.

En el requerimiento se mencionará expresamente su objeto, el importe de la prima y la fecha de su vencimiento, así como el texto íntegro del presente artículo.

Diez (10) días después de la expiración de este plazo, la empresa aseguradora podrá rescindir el contrato o exigir el pago de la prima en la vía ejecutiva.

La rescisión podrá hacerse por medio de una declaración de la empresa dirigida al asegurado en carta certificada con acuse de recibo.

Si el contrato no fuere resuelto producirá todos sus efectos desde el día siguiente a aquel en que se hubieren pagado la prima y los gastos realizados para su cobro.

Para el cómputo de los plazos indicados en este artículo se tendrá en cuenta que no se contará el día del envío de la carta certificada, y que si el último es día festivo se prorrogará el plazo hasta el primer día hábil siguiente. Será nulo todo pacto en contra.

Salvo estipulación en contrario, la prima convenida para el período en curso se adeudará en su totalidad, aun cuando la empresa aseguradora no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas o cosas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que el asegurador las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones subsistirá sobre todas las personas o cosas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el asegurado paga a la empresa aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

Aplican las demás regulaciones detalladas en los artículos del 1129 al 1137 del Código de Comercio de Honduras.

CLÁUSULA No. 8 VIGENCIA

Salvo que se estipule lo contrario, el período de vigencia de esta póliza será anual y será renovable automáticamente por períodos iguales y sucesivos.

CLÁUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

El beneficiario será el Asegurado titular de todos los beneficios que correspondan por pago de los gastos sean sobre si mismo o cualquiera de los dependientes asegurados e inscritos en la póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado los beneficiarios serán sus herederos legales, entendiéndose por herederos los descendientes que deban suceder al asegurado en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva, y después si no hay descendientes ni cónyuges, las demás personas con derecho a la sucesión.

El Asegurado tendrá derecho a designar a un tercero como beneficiario sin necesidad del consentimiento de la Aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

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

La sustitución de beneficiario será registrada en la oficina principal a fin de que tenga validez. Una vez registrada, surtirá efecto desde la fecha de notificación, sea que el

Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

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

CLÁUSULA No. 10 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Salvo pacto en contrario, serán obligaciones ineludibles por parte del Contratante lo siguiente:

- a. Adjuntar formato electrónico, los datos generales de los asegurados.
- b. Reportar en los formularios o formatos que la Compañía proporcione para tal fin, las inclusiones de las personas, asegurados o dependientes que sean elegibles para este seguro, acompañado de los requisitos adicionales que la Compañía estime conveniente para el análisis del riesgo.
- c. Recaudar de las personas del grupo asegurado, la cantidad de la prima con la que contribuyen
- d. Pagar a la Compañía la prima total.
- e. Informar por escrito a la Compañía:
 1. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando las solicitudes respectivas y demás documentación que le requiera la Compañía
 2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado.
 3. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza.
 4. La terminación de su Calidad de Contratante.
- f. Dar a conocer a las personas que se van a asegurar, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- g. Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al Asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por la Compañía.

CLÁUSULA No. 11 PROHIBICIONES AL CONTRATANTE

Se establecen como prohibiciones al Contratante las siguientes acciones:

- a. Presentar información falsa de los asegurados a la Compañía.
- b. Efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
- c. No pagar en su debido momento a la Institución de Seguros, la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.
- d. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Compañía y que pertenecen al Asegurado o a sus beneficiarios.

CLÁUSULA No. 12 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Contratante o Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo asegurado durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Contratante o Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo y su responsabilidad concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Asegurado.

Para los efectos del párrafo anterior se presumirá siempre:

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

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas o cosas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que la Compañía las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones. Subsistirá sobre todas las personas o cosas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el Asegurado paga a la Compañía las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva

Para los efectos del párrafo anterior se entenderá siempre, que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal manera que la Compañía habría contratado en condiciones diferentes si al celebrar el contrato hubiera conocido tal agravación.

CLÁUSULA No. 13 AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto el Contratante tuviere conocimiento del siniestro, deberá comunicarlo de inmediato a la Compañía por escrito, en un plazo máximo de cinco (5) días desde el momento en que tenga conocimiento de la realización del siniestro. Este plazo solo correrá en contra de quienes tuvieren conocimiento del derecho constituido a su favor. El aviso del siniestro del Asegurado se hará presentando a la Compañía la información correspondiente en los formularios que ésta proporcione para tal fin.

Si el Accidente ocurriere fuera del territorio de la República de Honduras, la Compañía concede para el aviso correspondiente, un plazo máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha del suceso.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

La Compañía tendrá derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que El Contratante Asegurado, Beneficiarios, o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que con igual propósito no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior.

En los casos que, por razones ajenas o no imputables a los Beneficiarios, ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificaciones por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los datos requeridos en el plazo otorgado, o si se demuestra ante la Compañía la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

13.1 Investigación Médica

La Compañía, queda facultada para realizar o efectuar investigaciones con médicos u hospitales y solicitar los informes que requiera en relación con el presente contrato en caso de Enfermedad o Accidente del Asegurado o sus Dependientes. Si el Contratante o beneficiarios impidieran el ejercicio de esta facultad con fines fraudulentos la Compañía, quedará desligada de sus obligaciones.

13.2 Procedimiento en caso de siniestro

Se harán efectivos los beneficios elegibles descritos en el presente contrato siempre que el Contratante, Asegurado y/o Dependientes presente los siguientes documentos:

- a) Formulario de reclamo proporcionado por la Compañía, asegurándose de completar la parte del Asegurado y que esté totalmente completada la parte que corresponde al informe del médico, debiendo verificar que el médico anote todos los datos referentes a la enfermedad o accidente sufrido, sin olvidar que debe colocar el sello del Colegio Médico de Honduras, firmar y consignar la fecha.
- b) Presentar los comprobantes de pago originales, que respalden el gasto efectuado como ser: Recibos de honorarios médicos, recetas médicas, facturas de farmacia, orden de examen médico, recibos de laboratorio, rayos x, Etc. Estos deben reunir invariablemente los requisitos fiscales que para tal efecto exige la ley como ser: número de factura, número de recibo, RTN, el membrete correspondiente etc.
- c) En caso de cirugía electiva y laparoscopia, deberá solicitar a la Compañía su Precertificación, presentando a la misma toda la documentación relacionada con el procedimiento por lo menos con cinco (5) días de anticipación.

La Compañía se reserva el derecho y por su propia cuenta de solicitarle que se someta a exámenes médicos cuantas veces sea razonablemente necesario, así como verificar

Texto registrado por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución Registro POL GPU No.41/09-12-2024



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

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

Asimismo, a toda persona mayor de 60 años se le aplicará el descuento correspondiente en todos sus reclamos, de acuerdo con el Artículo N0.14 del Decreto 220-93 de la Ley de Régimen Especial para Personas de la Tercera Edad.

CLÁUSULA No. 14 TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este Contrato podrá ser cancelado por el Contratante/Asegurado, mediante el aviso correspondiente dado por escrito con treinta (30) días de anticipación.

No obstante, el término de vigencia del contrato, éste podrá darse por terminado por parte de la Compañía en cualquier momento según lo establecido en las Cláusulas No. 6 "Declaraciones Falsas o Inexactas", cláusula No. 7 "Pago de Primas" y cláusula No. 12 "Agravación del Riesgo" de la presente póliza.

Cuando la Compañía opte por la rescisión del contrato ella devolverá en efectivo al Contratante, el importe prorrateado de la prima no devengada. Esta rescisión no invalidará el derecho a la indemnización por cualquier siniestro ocurrido con anterioridad y durante la vigencia de esta Póliza.

También se aplicará lo establecido en el artículo 1249 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 15 RENOVACIÓN

Esta Póliza vencerá el día que se indique en las Condiciones Particulares a las 12:00 horas del mediodía. la Compañía podrá renovar la póliza por otro período igual y bajo las mismas condiciones, o aquellas que se establezcan de común acuerdo entre El Contratante y la Compañía.

Como resultado del análisis técnico que se realice, la Compañía se reserva el derecho a modificar en cada renovación las condiciones y las primas establecidas en el presente Contrato, mediante aviso escrito al Contratante, por lo menos con treinta (30) días de anticipación al vencimiento del período contratado. Con la previa confirmación del Contratante, la Compañía renovará el presente contrato por un período igual.

CLÁUSULA No. 16 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que le de origen. El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro desde el día en que hayan 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

Texto registrado por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución Registro POL GPU No.41/09-12-2024

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

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

CLÁUSULA No. 17 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Compañía y el Contratante sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación arbitraje o por la vía judicial, conforme a lo dispuesto en el Artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

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

CLÁUSULA No. 18 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones que el Contratante haga a la Compañía, con respecto a los asegurados o beneficiarios, deberán ser enviados por escrito al domicilio de la Compañía, señalado en este contrato.

En el caso de que el contrato haya sido celebrado a través de un agente autorizado regirá lo establecido por el artículo 1113 del Código de Comercio. Salvo el cobro de las indemnizaciones en caso de siniestro, todo lo relativo a esta póliza será tratado por conducto del Contratante y, por tanto, todas las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los Asegurados, se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando las haga al Contratante, que serán enviadas al último domicilio de éste, conocido por la Compañía.

CLÁUSULA No. 19 OTROS SEGUROS

Si el Asegurado ha contratado con otras instituciones, coberturas de la misma naturaleza que ampara el presente contrato, en todo o en parte por otros seguros de éste u otros ramos que cubran el mismo riesgo, el Asegurado está obligado a declararlo inmediatamente por escrito a la Compañía, expresando el nombre de las aseguradoras y las sumas aseguradas.

La anterior información debe anotarse en el contrato o en un anexo al mismo. La omisión de la información a la que se refiere esta cláusula se considera dolosa y, en tal consecuencia el asegurado no tendrá derecho a indemnización alguna proveniente de este contrato.

Al confirmar que el asegurado goza de beneficios de plan médico con otra compañía, Equidad Compañía de Seguros, S. A., únicamente pagará el exceso de los gastos elegibles no cubiertos por dicha compañía de los gastos elegibles, necesarios y razonables presentados.

Si un asegurado bajo esta póliza, está cubierto por otro plan emitido por Equidad Compañía de Seguros, S.A. e incurre en gastos elegibles en ambas pólizas, el beneficio máximo pagadero no excederá del 100% de los gastos elegibles, necesarios y razonables presentados.

Si el Asegurado ha cumplido de buena fe rindiendo la declaración de otros seguros, la Compañía podrá satisfacer la garantía hasta el valor íntegro del daño sufrido en proporción y dentro de los límites de la suma que hubiere asegurado cada una de ellas

El asegurado que celebre nuevos contratos ignorando la existencia de seguros anteriores, tendrá el derecho de rescindir o reducir los nuevos, a condición de que lo haga dentro de los quince días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de los otros seguros.

La rescisión o reducción no producirán efectos sino a partir de la fecha en que la empresa sea notificada.

Si al contratarse el nuevo seguro, el riesgo hubiere comenzado ya a correr para alguno de los aseguradores previos, la reducción no producirá efecto, sino a partir del momento en que fuere reclamada.

CLÁUSULA No. 20 TERRITORIALIDAD

Las coberturas amparadas por esta póliza cubren al Asegurado en Honduras y en cualquier país de Centro América.

Reclamos fuera de Honduras.

Los gastos médicos incurridos en Centro América (fuera de Honduras), se reembolsarán siempre y cuando sean por atenciones médicas de emergencia comprobada mediante informe del médico tratante, que el servicio de emergencia era indispensable. La Compañía únicamente reconocerá el costo usual y acostumbrado en Honduras y Centro América.

Cobertura Mundial.

Siempre y cuando se exprese en las Condiciones Particulares y se haga el pago de la prima adicional correspondiente, los gastos médicos incurridos fuera de Centro América se reembolsarán siempre y cuando sean por atenciones médicas de emergencia mediante informe del médico tratante, que el servicio de emergencia era indispensable, así como atenciones ambulatorias y procedimientos programados previa precertificación por la Compañía.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

La Compañía únicamente reconocerá el costo razonable y acostumbrado en el país o región donde se realice el gasto hasta el máximo establecido en el cuadro de beneficios de la póliza.

CLÁUSULA No. 21 EDAD

Para formar parte del grupo de asegurados se requiere que, en el momento de otorgarse el seguro, el Asegurado se encuentre dentro del rango de edad de elegibilidad descrito en las Condiciones Particulares.

El Seguro se podrá renovar y terminar automáticamente al finalizar el período cubierto por la prima pagada antes de haber alcanzado el Asegurado la edad máxima de asegurabilidad descrita en las Condiciones Particulares, aún cuando reúna las demás condiciones necesarias para formar parte del grupo.

CLÁUSULA No. 22 PERÍODO DE GRACIA

Si el Contratante o Asegurado en su caso no efectuare el pago de la prima o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento, dispondrá de un período de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima en descubierto.

Si dentro del período de gracia, ocurre cualquier evento, la Compañía procederá al pago de indemnización correspondiente y a deducir de ella, el total de las primas pendientes de pago para completar el año Póliza.

CLÁUSULA No. 23 REHABILITACIÓN

No obstante, lo dispuesto en la Cláusula No.22 "Período de Gracia" el Contratante podrá dentro de los 30 días siguientes al último día de plazo de gracia señalado en la misma, pagar la Prima correspondiente al seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado.

En este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, siempre y cuando dicha Póliza no hubiese tenido un Siniestro, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia de la Póliza no sufrirá modificación. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro a partir de las doce horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar la Compañía, para fines administrativos, en el recibo que se

emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se expida con posterioridad a dicho pago.

CLÁUSULA No. 24 MODIFICACIÓN DEL CONTRATO



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

Toda solicitud que modifique el contrato deberá presentarse por escrito a la Compañía, entendiéndose que ésta, acepta las modificaciones mediante comunicación por escrito al Contratante, firmada por funcionarios debidamente autorizados.

Toda modificación se hará constar en la propia Póliza o en un anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las Condiciones Particulares que se agreguen en las Condiciones Generales del contrato deberán, en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente al Contratante y Asegurados, previa comunicación de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).

En caso de controversia entre las Condiciones Generales, Particulares y Especiales prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del seguro.

El Contratante y Asegurados tendrán derecho a que se les apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda en prima.

CLÁUSULA No. 25 ESTIPULACIONES APLICABLES AL ASEGURADO PRINCIPAL Y SUS FAMILIARES DEPENDIENTES.

- 1. ASEGURADO PRINCIPAL:** Persona que se encuentre trabajando en forma activa y permanente, apareciendo en las planillas o nóminas del contratante, y que cumpla con todos los términos y condiciones de este contrato, aclarándose que si se encuentra incapacitado y no está dedicado activamente a su trabajo, su elegibilidad

comenzará a partir del día en que regrese a su trabajo activo y permanente: a) Que la edad esté comprendida entre 18 y 65 años, b) Que pertenezca a un mismo grupo o empresa que conste por lo menos de 20 personas.

- 2. TERMINACIÓN DEL SEGURO:** El seguro de cualquier **Asegurado Principal** y con ello los beneficios que confiere la presente póliza, cesarán automática e inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes hechos:

- a) Haber finalizado su relación de trabajo con el contratante ya sea por despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia no remunerada, jubilación o muerte.
- b) Haber cumplido los 75 años.
- c) Cuando haya vencido el período por el cual se pagó la última prima a cuenta del asegurado, o no haberse efectuado el pago de la prima en los treinta días después de la fecha de su vencimiento.
- d) Cuando la Compañía ejerciendo su derecho para terminar la cobertura del presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de primas, lo notifique mediante aviso escrito al patrono por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

- 3. DEPENDIENTES:** El cónyuge e hijos de un empleado inscrito en la póliza. Entendiéndose únicamente como: a) **Cónyuge**, el esposo(a) o en su defecto la



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

persona con quien el Asegurado vive en calidad de compañero (a) de hogar permanente y que su edad esté comprendida entre 18 y 65 años al momento de ser presentada la solicitud y renovable hasta el cumplimiento de los 75 años de edad; b) Los **hijos** nacidos en matrimonio del asegurado (incluye a un hijastro o hijo adoptado legalmente), desde el primer día de nacido hasta el día que cumplan 19 años, que sean solteros y que no se encuentren asegurados para recibir los beneficios de esta u otra póliza en calidad de asegurado principal, extendiéndose la cobertura hasta el día que cumplan 25 años de edad, siempre y cuando sean solteros, estudiantes a tiempo completo en un colegio acreditado o en una universidad y dependan económicamente del asegurado para su ayuda y sostenimiento.

4. REQUISITOS PARA ADICIONAR LOS FAMILIARES DEPENDIENTES.

- a) El **Asegurado Titular** tiene derecho a la cobertura para sus Familiares Dependientes en la misma fecha de su elegibilidad, si en esa fecha los tiene.
- b) El **Asegurado Titular** que contraiga matrimonio dentro de la vigencia del contrato podrá solicitar la inclusión de su cónyuge e hijos elegibles, mediante declaración de salud presentada a la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes al acontecimiento, adjuntando el formulario de Familiar Dependiente de cada uno, así como fotocopia del certificado del matrimonio y fotocopia de la certificación de nacimiento de los hijos. Si la Compañía acepta otorgar la cobertura para Familiares Dependientes ésta será efectiva a partir del primer día del mes siguiente al que fue presentada la solicitud.

Los hijos nacidos en matrimonio, durante la cobertura de la póliza, deben ser notificados a la Compañía dentro de los primeros treinta (30) días de nacido, acompañada del formulario de Familiar Dependiente y la fotocopia de la boleta de inscripción o certificación de nacimiento. La Compañía tiene derecho de exigir testimonio de buena salud del niño (a) y podrá aceptarlo o no con una exclusión. En caso de ser aceptada la adición de Familiar Dependiente, la cobertura será efectiva a partir del primer día de su nacimiento.

Si la solicitud para adicionar Familiar Dependiente (cónyuge o hijo (a)) la realiza el asegurado después de los primeros treinta (30) días, la Compañía se reserva el derecho de otorgar o no esta cobertura a partir del primer día de la siguiente renovación.

5. TERMINACIÓN DEL SEGURO. El seguro de cualquier **Asegurado Dependiente** y con ello los beneficios que confiere la presente póliza, cesarán automática e inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes hechos:

- a) Cuando haya finalizado la relación de trabajo del Asegurado Principal con el contratante ya sea por despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia no remunerada, jubilación o muerte.
- b) Cuando el cónyuge pierda la calidad de familiar del Asegurado Titular o al cumplir los 75 años.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

- c) Cuando los hijos inscritos dejen de reunir las condiciones de elegibilidad establecidas en esta póliza.
- d) Cuando el Asegurado Principal solicite por escrito la exclusión de sus Familiares Dependientes del Seguro.
- e) Cuando haya vencido el período por el cual se pagó la última prima a cuenta del asegurado Principal o de la cobertura para Dependientes, o no haberse efectuado el pago de la prima en los treinta días después de la fecha de su vencimiento.
- f) Cuando la Compañía ejerciendo su derecho para terminar la cobertura del presente contrato o la Cobertura para Dependientes, en cualquier fecha de vencimiento de primas, lo notifique mediante aviso escrito al patrono por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

DEPENDIENTES: El cónyuge e hijos de un empleado inscrito en la póliza. Entendiéndose únicamente como: a) **Cónyuge**, el esposo(a) o en su defecto la persona con quien el Asegurado vive en calidad de compañero (a) de hogar permanente y que su edad esté comprendida entre 18 y 65 años al momento de ser presentada la solicitud y renovable hasta el cumplimiento de los 75 años de edad; b) Los **hijos** nacidos en matrimonio del asegurado (incluye a un hijastro o hijo adoptado legalmente), desde el primer día de nacido hasta el día que cumplan 19 años, que sean solteros y que no se encuentren asegurados para recibir los beneficios de esta u otra póliza en calidad de asegurado principal, extendiéndose la cobertura hasta el día que cumplan 25 años de edad, siempre y cuando sean solteros, estudiantes a tiempo completo en un colegio acreditado o en una universidad y dependan económicamente del asegurado para su ayuda y sostenimiento.

CLÁUSULA No. 26 COPIAS O DUPLICADOS DE LAS PÓLIZAS Y OTROS DOCUMENTOS

La Compañía tiene obligación de expedir, a solicitud y a costa del interesado, copia o duplicados de la Póliza, así como de las declaraciones hechas en la solicitud. Cuando se pierda o destruya la Póliza, el Asegurado o Contratante podrán pedir la cancelación y reposición de esta siguiendo el procedimiento establecido en el Código de Comercio para la cancelación y reposición de títulos- valores.

CLÁUSULA No. 27 PLAZO DE PAGO DE LOS BENEFICIOS

La Compañía garantiza pagar al Contratante, la suma asegurada que corresponda a cada Asegurado, de acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, contados a partir de la fecha del recibo de la respectiva documentación.

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



EQUIDAD

Compañía de Seguros S.A.

CLÁUSULA No. 28 PERÍODO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS MEDICOS

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

CLÁUSULA No. 29 MONEDA

Esta póliza podrá ser emitida en moneda Lempiras o dólares estadounidense, sin embargo, para el pago de cualquier indemnización sea dentro o fuera del país estos serán realizados en la moneda nacional.

CLÁUSULA No.30 PERÍODO DE CARENCIA

Es el tiempo establecido en las Condiciones Particulares durante el cual no se goza de los beneficios de la Póliza aun y cuando el Asegurado ya forme parte del grupo asegurado.

Es el tiempo establecido en las Condiciones Particulares durante el cual los beneficios de maternidad no estarán cubiertos dentro de la Póliza.

Es el tiempo establecido en las Condiciones Particulares donde una afección definida como padecimiento preexistente La Compañía no realizará pago alguno.

CLÁUSULA No.31 DEDUCIBLE

Cada Asegurado titular y cada familiar dependiente deberá cubrir el monto establecido en el cuadro de beneficios descrito en las Condiciones Especiales en concepto de deducible, por el conjunto de gastos elegibles incurridos durante el año póliza o año calendario.

Cuando en un mismo accidente resulten afectados dos o más miembros de un mismo grupo familiar, se aplicará un solo deducible.

CLÁUSULA No. 32 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen no delincuencia organizada conocidos como tales por tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras

sea suscriptor; o que el beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en la lista de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU entre otra.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

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

CLÁUSULA No. 33 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.