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

CLÁUSULA 1. COBERTURAS
DESCRPCIÓN GENERAL DEL PRODUCTO

Esta póliza ofrece una ayuda económica al Asegurado que sufra la hospitalización por accidente o enfermedad, según sea el alcance de la cobertura contratada. Además, incluye asistencia de Médica descrita en el anexo 1 adjunto a estas condiciones.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURAS:

La cobertura amparada por la presente póliza se rige por las siguientes condiciones:

1.1 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

La Compañía se obliga a pagar el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto al período de espera, límite y deducible indicado en estas condiciones, si el asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad (incluye Covid-19) o accidentes cubiertos por la póliza.

La suma asegurada máxima a pagar es el valor de la renta diaria (según el plan contratado) multiplicado por 60 días de cobertura; los días antes señalados se contabilizarán dentro del período anual de vigencia de la cobertura para el asegurado, en el cual ocurrió el siniestro que origina la respectiva hospitalización, no obstante que eventualmente los días de hospitalización se prolonguen más allá del vencimiento de dicho período.

1.1.1 PERIODO DE ESPERA:

El periodo de espera para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización a causa de Enfermedad se estipula en treinta (30) días.

En caso que la hospitalización del Asegurado sea a causa de un accidente no aplica periodo de espera.

1.1.2 DEDUCIBLE

Esta póliza cuenta con un deducible por evento equivalente a dos (2) días de hospitalización por evento, entendiéndose por evento cada vez que el asegurado haga ingreso a un centro hospitalario en calidad de hospitalizado a consecuencia de un accidente o enfermedad. Por consiguiente, para efectos del pago de la indemnización los días en base a los cuales ésta se determinará se contabilizarán a partir del día de hospitalización N° 3.

1.1.3 HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS.

- **En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad, siempre y cuando, ambos estén cubiertos por esta Póliza y separadas por intervalos menores a un (1) año, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el período máximo del beneficio en días. Igualmente aplica para hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos.**

- **En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva luego de haber transcurrido doce (12) meses desde el final de la hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de la misma, la cobertura inicia bajo los nuevos términos de la renovación (60) días.**

1.1.4 COBERTURA DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

Este seguro cubrirá padecimientos preexistentes y tendrá un período de espera estipulado de veinticuatro (24) meses consecutivos a partir de la inclusión del asegurado en la póliza.

1.2 ASISTENCIA DE CONSULTA MÉDICA

Asistencia detallada en el anexo 1 de este documento.

CLÁUSULA 2. EXCLUSIONES

Esta póliza no brinda cobertura en caso de:

2.1 Accidentes que se originen por participar en:

- **Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el ASEGURADO.**
- **Lesiones sufridas por culpa, impericia, imprudencia o negligencias graves del ASEGURADO cuando haya ingerido alcohol, estupefacientes, estimulantes, drogas legales o ilegales, excepto si fueran prescritas por un médico.**

2.2 Salvo pacto contrario, esta Póliza no ampara accidentes que se originen mientras el Asegurado participe en actividades como:

- **Aviación Privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**

2.3 Conducción de cuatrimotos y/o vehículos de motor similares terrestres y acuáticas.

2.4 Conducción y uso de Mototaxis excepto cuando sea utilizado como pasajero y que el accidente ocurra dentro de la ruta usualmente establecida

2.5 Conducción y uso de lanchas y ferris excepto cuando sea utilizado como pasajero y que el accidente ocurra dentro de la ruta usualmente establecida

2.6 Conducción de motocicletas y motonetas cuando este tipo de vehículo sea utilizado en competencias y pruebas de velocidad de alto riesgo

2.7 Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, tauromaquia, (Novillada o espectáculo) esquí, espeleología, rafting, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

2.8 Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

2.9 Esta Póliza no indemnizará hospitalizaciones a consecuencia de:

2.9.1 Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de la enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.

2.9.2 Afecciones propias del Embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes cubiertos.

2.9.3 Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a Amigdalitis, Adenoiditis o Hernias, salvo que el ASEGURADO haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro (4) meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.

2.9.4 Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables

a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

2.9.5 Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.

2.9.6 Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de chequeo médico o "Check-up".

2.9.7 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH.

2.9.8 Tratamientos de enfermedades que son transmitidas sexualmente.

2.9.9 Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza causado como resultado de actos propios del ASEGURADO o actos intencionales o deliberados de un tercero, excepto cuando se demuestre que fue accidental. Enfermedad o incapacidad preexistente y los accidentes derivados de los mismos.

2.9.10 Se excluyen las lesiones, muerte, efectos o cualquier daño corporal o moral, sufrido a consecuencia directa o indirecta de fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, como por ejemplo: terremotos, huracanes, maremotos, erupciones volcánicas, marejadas, etc.

CLÁUSULA 3. FORMA PARTE DEL CONTRATO

La solicitud de seguro, la oferta, las condiciones Generales, anexos, convenio de pagos, endosos y/o addendums que se expidan y las declaraciones proporcionadas por el Asegurado, constituyen la póliza de seguro celebrado entre La Compañía y El Asegurado.

CLÁUSULA 4. DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Se entiende la acción repentina de un agente externo violento, independientemente de la voluntad del Asegurado, que cauce a éste lesiones corporales que pudiera sufrir, es decir una lesión o herida producida por la acción de una fuerza exterior y violenta que actúe súbitamente sobre su cuerpo.
- **Asegurado:** Persona natural o jurídica suscriptora de la póliza, tomador del seguro o contratante, que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.

- **Asegurador:** Entidad autorizada para el ejercicio de la actividad de seguros mediante un contrato de seguro, se compromete a la cobertura del riesgo objeto de dicho contrato
- **Compañía:** Se entiende por Ficohsa Seguros, S.A, y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- **Beneficiario:** Titular de los derechos indemnizatorios establecidos en la póliza.
- **Beneficios:** Aquellos que incorporan más prestaciones a partir de la cobertura principal.
- **Cobertura**: Obligación principal de la Compañía en un contrato de seguros, consistente en hacerse cargo, hasta el límite de la suma asegurada por las consecuencias económicas que se deriven de un siniestro.
- **Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las empresas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.
- **Deducible:** Cantidad de noches que el asegurado duerme en condición de hospitalizado que están a su propio cargo y por los cuales el ASEGURADO no tiene derecho a indemnización.
- **Endoso o Anexo:** Documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Institución de Seguros y el contratante, según corresponda
- **Enfermedades o Incapacidades preexistentes o anteriores:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que existía(n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado, sobre la cual padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.
- **Hospitalización Sucesiva:** Se entiendo por las hospitalizaciones diferentes a la primera a causa de un mismo accidente o enfermedad, siempre y cuando, ambos estén cubiertos por esta Póliza.
- **Incapacidad Total y Permanente:** será aquella sufrida a consecuencia de lesiones corporales o enfermedad(es), que impida(n) o inhabilita en modo absoluto al Asegurado a dedicarse a cualquier negocio u ocupación y a desempeñar trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos.

- **Período de Espera:** Se entiende el plazo comprendido entre fechas determinadas o determinables durante el cual no habrá cobertura, el cual se establece en las condiciones particulares.
- **Período de Beneficio:** Se entiende por el número de noches que el ASEGURADO duerme en condición de hospitalizado, descontando los días de deducible a cargo del Asegurado y sujeto al límite de indemnización de la póliza.
- **Prima:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que La Compañía cubra los riesgos contratados mediante la presente póliza.
- **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada y/o Beneficios Adicionales contratados.

CLÁUSULA 5. LIMITE DE RESPONSABILIDAD:

La compañía indemnizara en base a los términos y condiciones establecidas en este documento, hasta el valor máximo de suma asegurada del plan que contrate el asegurado descritos en la solicitud de Seguro. Bajo ningún concepto, La Compañía estará obligada a indemnizar un límite mayor de los indicados en esta Póliza.

CLÁUSULA 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.

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 debla 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.

Esta Póliza será nula, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

CLÁUSULA 7. PRIMAS

La prima que debe pagar el Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura. Las primas serán cobradas mensualmente al medio de pago automático indicado por el asegurado en la solicitud de seguro. Cualquier atraso en el pago automático no podrá ser imputado a la Compañía, y no exonera al Asegurado de la obligación del pago de la prima en las fechas convenidas.

El asegurado acepta que la compañía cobrará esta póliza únicamente a través del medio de pago automático, tal como se detalla en el certificado en la sección Datos de Pago.

La prima será pagada por el asegurado, y resultará de la suma de las primas que correspondan a cada miembro de acuerdo con el análisis del riesgo, edad y Suma Asegurada.

La prima podrá ser cancelada de manera semanal, mensual, trimestral, semestral o anual; tal como lo determine la Compañía con el asegurado. Cuando existan pagos fraccionados en la Póliza, al momento de existir un reclamo, la prima deberá ser cancelada en su totalidad.

Las personas que se separen definitivamente dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación. En este caso, la Compañía reembolsará al asegurado la prima no devengada, según lo establecido por el asegurado y la Compañía.

CLÁUSULA 8. VIGENCIA

La póliza tiene cobertura de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia. Dadas las características especiales de esta póliza, la vigencia para cada asegurado figura en el certificado individual de cobertura y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

CLÁUSULA 9. BENEFICIARIO(S)

Para la cobertura de Renta Hospitalaria y asistencia de Consulta Médica el beneficiario será el propio asegurado.

CLÁUSULA 10. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

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

momento en que las conozca o deba conocer. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre alguna 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.

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 empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el Contrato hubiera conocido una agravación análoga; y,

II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro, en caso de que aplique.

La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el Contrato de Seguros. La responsabilidad concluirá quince (15) días calendario después de haber comunicado su resolución al Contratante y/o Asegurado.

CLÁUSULA 11. AVISO DE SINIESTROS

El Asegurado o el beneficiario en su caso, por sí o por medio de sus representantes, tendrán obligación de dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de este. suministrando los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- Para Hospitales Privados se deberá completar el formulario de Reclamación suministrado por la compañía; mismo que deberá ser completado en su totalidad y venir firmado por el asegurado y médico tratante. Para Hospitales Públicos en caso de que el Médico se rehúse a llenar el formulario de reclamación se aceptará una constancia o certificación Médica que indica el motivo de ingreso y estadía hospitalaria.
- Copia del Documento Nacional de Identificación del asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar Certificación de Nacimiento original del asegurado.
- Otros antecedentes tales como, impronta de emergencia, nota de ingreso y/o historial clínico, informes, declaraciones, certificados que acrediten el período

de permanencia en el Hospital, y otros relativos a la hospitalización del asegurado.
- Facturas originales - selladas comprobatorias de los gastos efectuados siempre y cuando se haya atendido en un Hospital Privado
- Certificación de ingreso y salida del hospital.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por esta póliza. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos.

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o 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 artículo 1147 del Código de Comercio.

Si en alguno de los documentos que quedan como antecedente de la reclamación hay algún dictamen médico que especifique que el asegurado estuvo o fue atendido en estado de ebriedad o bajo la influencia de algún estupefaciente o droga, la Compañía investigará a fondo la reclamación, y de ser necesario se pedirán pruebas como de sangre o alcoholemia para clarificar la procedencia del siniestro.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles.

El Asegurado tendrá seis (6) meses a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

Además, la Compañía podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del accidente o enfermedad.

CLÁUSULA 12. TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Cobertura terminará automáticamente en los casos siguientes:

a) Al terminar el plazo de seguro originalmente contratado.
b) Por falta de pago de las primas.
c) Si la póliza ha sido cancelada por cualquier motivo.
d) Por omisiones o declaraciones inexactas del asegurado, como se describe en este documento.
e) Si el Asegurado se enlistare en cualquier unidad auxiliar o civil no combatiente que esté al servicio de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país en guerra, declarada o no.
f) Si el Asegurado se enlistare en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país en guerra declarada o no.
g) Al cumplimiento de los setenta (70) años edad máxima de permanencia de este seguro.

CLÁUSULA 13. RENOVACIÓN

Esta póliza es renovable anualmente de forma automática por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. En caso que la Compañía requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, estas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de renovación y tales cambios deberán cumplir con lo aprobado por la comisión nacional de bancos y seguros.

La renovación no incluirá a personas mayores de setenta (70) años de edad.

CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA:

En caso de que la prima inicial facturada a la Cuenta del Asegurado no haya sido pagada dentro de los primeros treinta (30) días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, esta Póliza se considerará nula desde la Fecha de Comienzo del Seguro no será necesaria la comunicación de la cancelación, registrando el seguro como no tomado por el asegurado.

RENUNCIA TELEFONICA

El asegurado podrá solicitar la cancelación de su póliza llamando telefónicamente al números de teléfono del centro de atención que pone a su disposición la Compañía 2280 4545. La fecha efectiva de la cancelación será a partir de la fecha de la llamada, excepto que exista prima adeudada, en tal caso la vigencia efectiva será a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima.

DEVOLUCIÓN DE PRIMA POR CANCELACIÓN

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros treinta (30) días posteriores a la emisión de la Póliza, siempre y cuando no haya acaecido el evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento

(100%) de las primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá el excedente cobrado. Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas la compañía devolverá la prima en un plazo no mayor de treinta (30) días a la cancelación del parte del Asegurado.

CLÁUSULA 14. PRESCRIPCIÓN

De conformidad con el Artículo 1156 del Código de Comercio, todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha de acontecimiento que les dio origen.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falta o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, 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.

CLÁUSULA 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 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 salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA 16. COMUNICACIONES

Para todos los efectos de la presente Póliza, el Contratante y/o Asegurado están obligado a comunicar a la Compañía por escrito sus cambios de domicilio y dirección. A falta de ello, todas las comunicaciones dirigidas al último domicilio o correo electrónico conocido por la Compañía surtirán pleno efecto. Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por el Asegurado en el Certificado de Cobertura o a la última recibida por la Compañía. El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada.

Sin perjuicio de lo que establece la presente póliza para la presentación de reclamos, las demás comunicaciones del Asegurado a la Compañía, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas principales.

CLÁUSULA 17. TERRITORIALIDAD

Esta Póliza brinda cobertura a nivel mundial, sin restricciones relativas a residencia, viajes y lugar en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando la ocupación del asegurado no incumpla ninguna ley nacional o internacional.
Con excepción de aquellos territorios en que exista un conflicto bélico de cualquier naturaleza, durante el periodo en que un asegurado solicite indemnización bajo la cobertura de esta póliza.

CLÁUSULA 18. LÍMITES DE EDAD

- Mínima de Ingreso: Al cumplimiento de los dieciocho (18) años.
- Máxima de Ingreso: Al cumplimiento de los sesenta y nueve (69) años.
- Máxima de Permanencia: Al cumplimiento de los setenta (70) años.

Las edades anteriormente establecidas podrán variar de acuerdo a negociaciones especiales realizadas con el asegurado.

a) Si La Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a percibir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

Si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que existe entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

II. Si Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado, en el momento de la celebración del contrato. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

IV. Si, con posterioridad a la muerte del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos mencionados anteriormente, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

También se aplicará lo establecido en el artículo 1232 del Código de Comercio

CLÁUSULA 19. PERIODO DE GRACIA

La compañía otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima, Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del valor a pagar de la prima vencida y no pagada. (Conforme lo establece el segundo párrafo del Artículo 1249 del Código de Comercio.)

Transcurrido este plazo sin el pago de la totalidad de la prima, la compañía podrá cancelar la cobertura para dicho asegurado, considerando la fecha de cancelación la fecha de vencimiento en que debió ser pagada la totalidad de la prima.

En caso de presentarse un siniestro durante el período de gracia, la Compañía deducirá la prima adeudada del valor a indemnización por dicho siniestro.

CLÁUSULA 20. REHABILITACIÓN

Al caducarse la presente póliza conforme el clausulado de la misma, esta puede ser rehabilitada en cualquier tiempo, dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores a la fecha en que haya sido cancelada, pero sin exceder la fecha de terminación que se haya estipulado en esta póliza. La rehabilitación está sujeta a la presentación de evidencia de asegurabilidad del asegurado a satisfacción de La Compañía.

CLÁUSULA 21. INDISPUTABILIDAD

Este Contrato se basa en las Solicitud del Asegurado y, por consiguiente, cualquier dato inexacto o que haya sido ocultado, que conocido por la Compañía la hubiere modificado el riesgo aceptado, pudiera producir nulidad del Contrato; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o reticencia, no manifestare al Contratante y/o Asegurados su deseo de impugnar el Contrato dentro de los tres (3) meses en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante y/o Asegurados hubiesen procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que estos harán a la Compañía dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Este Contrato de Seguro será indisputable 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.

CLÁUSULA 22. RESIDENCIA,

Sera elegibles las personas que residan permanentemente en la República de Honduras.

CLÁUSULA 23. MONEDA

Las Sumas Aseguradas, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en la moneda contratada Lempira Planes uno (1), plan dos (2), y el plan tres (3) en moneda Dólares Estadunidenses.

Todos los pagos que el Asegurado deba hacer a La Compañía o los que ésta tenga que hacer por cualquier concepto, con motivo de esta póliza, deberán efectuarse en la moneda del plan suscrito.

CLÁUSULA 24. COBERTURA ÚNICA

Un mismo asegurado no podrá efectuar doble solicitud de seguro bajo este producto, con el propósito de tener doble cobertura.

En caso de que el Asegurado esté cubierto bajo más de una póliza de este tipo emitida por la Compañía, se considerará asegurado a esta persona únicamente por la póliza que provea la mayor suma asegurada. Cuando los beneficios o sumas aseguradas sean idénticos, la compañía, considerara que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero.

En cualquiera de las situaciones descritas, la Compañía devolverá íntegramente el monto que haya pagado el Asegurado por concepto de primas correspondientes de las otras pólizas de este tipo que la Compañía haya emitido.

CLÁUSULA 25. DEDUCIBLE

Esta póliza cuenta con un deducible por evento equivalente a dos (2) días de hospitalización por evento, entendiéndose por evento cada vez que el asegurado haga ingreso a un centro hospitalario en calidad de hospitalizado a consecuencia de un accidente o enfermedad. Por consiguiente, para efectos del pago de la indemnización los días en base a los cuales ésta se determinará se contabilizarán a partir del día de hospitalización N° 3.

CLÁUSULA 26. 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 listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreing Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

Está 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.

CLÁUSULA 27. NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicará las disposiciones atenientes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguro y Reaseguro y demás normativas aplicables emitidas por la Comisión Nacional de Bancos y seguros.