



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS COLECTIVO 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.

CLÁUSULA No.1 COBERTURA

RIESGOS CUBIERTOS:

De forma general y sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones del contrato y en el modelo de póliza, se puede decir que el seguro descrito en este documento cubre los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados en que incurra el Asegurado

La Compañía reembolsará los necesarios, razonables y acostumbrados gastos médicos incurridos por los Asegurados **(Asegurados titulares o Asegurados como dependientes) como parte de los beneficios contratados**, por las clases de cuidados aquí descritos durante la continuación del Aditamento, sujetos a las disposiciones manifestadas en el Aditamento. Sin embargo, los beneficios estipulados en la Fecha Efectiva del Aditamento son sólo aquellos por los cuales la cantidad de beneficios se muestra en Cobertura de Seguro.

Especificaciones del Aditamento cualquier beneficio por el cual no aparezca cantidad alguna en las especificaciones del aditamento no estará en vigor con fecha del aditamento.

COBERTURA DE DEPENDIENTES

Elegibilidad de Dependientes

El término " Dependiente " se referirá únicamente a:

- 1.- El Esposo o la Esposa legal de un empleado, (excluyendo aquellos legalmente separados), o la persona viviendo con un empleado en una condición reconocida de marido y mujer, que esté registrada como tal en los archivos del Patrono.
- 2.- Los hijos solteros y reconocidos legalmente de un empleado, hijastros e hijos legalmente adoptados, que están dentro de los límites de edad indicados en Elegibilidad de Dependientes-Especificaciones del Aditamento, viviendo en el



hogar del empleado y teniendo la misma residencia permanente del empleado, o ausentes de allí únicamente para asistir a la escuela. Dichos hijos deben depender del empleado para su sostenimiento y estar registrados como dependientes del empleado en los archivos del patrono.

En caso que el límite de edad indicado en Elegibilidad de Dependientes-Especificaciones del Aditamento, sea más de diecinueve (19) años, dichos hijos mayores de diecinueve (19) años de edad, sólo serán elegibles si tienen la misma residencia permanente que el empleado, y son estudiantes a tiempo completo en jornada diurna en un colegio acreditado o universidad.

Si alguna persona definida como dependiente, es también elegible para participar como empleado bajo este Aditamento, dicha persona no será elegible como dependiente bajo el presente. Cuando ambos, esposo y esposa viviendo bajo el mismo techo estén asegurados como empleados, los hijos serán elegibles solamente como dependientes de uno de los dos.

Fecha de Inclusión

Cualquier empleado que tenga dependientes será elegible para el Seguro de Dependientes, en la fecha en que el empleado sea asegurado bajo este Aditamento, o en el día en que el empleado por primera vez adquiere dicho dependiente, cualquiera que sea posterior.

A.- Cuando la estipulación Bases del Seguro - Especificaciones del Aditamento, estipula que el seguro es no - contributorio, los dependientes serán asegurados como sigue:

1) Si el empleado tiene uno o más dependientes en la fecha efectiva de su seguro como empleado bajo este Aditamento, el Seguro para dichos dependientes será efectivo en esa fecha.

2) Si el empleado adquiere uno o más dependientes después de la fecha efectiva de su seguro como empleado bajo este Aditamento, dichos dependientes serán asegurados automáticamente y a partir de la fecha que se convierten en dependientes del empleado.

B.- Cuando la estipulación Bases de Seguro - Especificaciones del Aditamento, estipula que el seguro es contributorio, el seguro para los dependientes de un empleado que solicite el Contratante por escrito, se deberá hacer para dichos dependientes en un modelo aprobado por la Compañía y exigiendo hacer la requerida contribución, será efectivo como sigue:



1) Si el empleado tiene uno o más dependientes en la fecha efectiva de su seguro como empleado bajo este Aditamento, el seguro para dichos dependientes será efectivo en esa fecha.

2) Si el empleado adquiere uno o más dependientes después de la fecha efectiva de su seguro como empleado bajo este Aditamento, tales dependientes serán asegurados en la fecha en que él hace solicitud por escrito y pago de cualquier aumento de contribuciones requeridos; debido a un cambio resultante en la categoría de inscripción. Sin embargo, si dicha solicitud por escrito es hecha después de treinta (31) días en que el empleado adquirió tales dependientes, debe mostrarse prueba de buena salud de dichos dependientes. Si dicha prueba es suministrada, los dependientes serán asegurados en la fecha comunicada por la Compañía.

3) Si el empleado solicita participar después del fin del período de treinta (31) días, inmediatamente siguiente al primer día en que sea elegible y esté trabajando activamente a tiempo completo, o si es hecha después, previa terminación del seguro por falta de hacer alguna contribución requerida, el empleado tiene que mostrar prueba satisfactoria de buena salud a la Compañía por cada dependiente que entonces tiene, antes que tales dependientes sean asegurados. Si dicha prueba es remitida por cualquier dependiente individual, tal dependiente será asegurado en la fecha comunicada por la Compañía.

COBERTURAS ADICIONALES:

Las cuales no generan ningún costo adicional para el Asegurado

- a) **MATERNIDAD:** Maternidad incluye; parto normal, operación cesárea o aborto legal, practicado a la cónyuge o asegurada Titular, con un período de espera según el tiempo indicado en el cuadro de beneficios de las condiciones especiales de la póliza. Únicamente se cubrirán embarazos que inicien después del periodo de espera indicado en las condiciones especiales de la póliza.
- b) **CONTROL DE NIÑO SANO:** Los cuidados del bebé a partir de los días indicados en las condiciones especiales de la póliza, siempre que la madre se encuentre asegurada bajo la cobertura de maternidad y haya cumplido con el período de espera establecido, es decir, el menor deberá haber nacido bajo la cobertura de maternidad, y el titular debe solicitar a la compañía su inclusión a la póliza cumpliendo con las políticas y requisitos de asegurabilidad que establezca la Compañía.
- c) **SERVICIOS DE ASISTENCIA:** El servicio de asistencia médica cubre al asegurado principal y sus dependientes elegibles e inscritos en la póliza.



CLÁUSULA No.2 EXCLUSIONES

De forma general y sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones del contrato y en el modelo de póliza, se puede decir que las exclusiones y limitaciones del seguro descrito en este documento incluyen las siguientes, que pueden ser modificadas por acuerdo:

1.- Lesión infligida a sí mismo por el Asegurado, mientras esté en uso o no de sus facultades mentales, tratamiento de alcoholismo crónico, adictos a drogas, alergia o desórdenes mentales o nerviosos.

2.- Lesión o enfermedad causada por insurrección o guerra, declarada o no, o a consecuencia de motín, huelga o conmoción civil.

3.- Curas de reposo, cuidado sanitario o en custodia, o períodos de cuarentena o aislamiento.

4.- Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria a consecuencia de una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado está cubierto bajo el Aditamento.

5.- Exámenes dentales, de rayos X, extracciones, empastes y tratamientos dentales en general.

6.- Reemplazo o ajuste de espejuelos o aparatos auditivos, anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo. Tampoco se cubre queratomía radiada, queratomielusis y epiqueratofuquía.

7.-Exámenes y consultas médicas para los efectos de chequeos rutinarios, no inherentes a o necesarios para el diagnóstico de una enfermedad o lesión corporal accidental, exámenes generales de salud

8.- Otro transporte que no sea el servicio local autorizado de ambulancia

9.- Cualquier incapacidad que se originó antes de la fecha efectiva de cobertura del Asegurado, tenga o no-conocimiento del mismo.; sin embargo, esta exclusión cesará de aplicar después de un año de cobertura continua bajo este Aditamento sin que se hayan incurrido en gastos médicos por esa incapacidad

10).- Maternidad para hijas dependientes

11).- Tratamientos y medicamentos por enfermedades psicológicas tales como depresión, esquizofrenia, stress, trastornos alimenticios. Estos serán cubiertos únicamente en caso de requerir hospitalizaciones mayores a 24 horas.



12.- Tratamientos y medicamentos para una incapacidad surgida a consecuencia de un accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de cobertura de un Asegurado.

13.- Malformaciones y padecimientos congénitos. Excepto en el caso de aquellos niños que nazcan dentro de la cobertura de la póliza, siempre y cuando la madre se haya sometido al período de espera establecido para iniciar el embarazo y paguen la cobertura de maternidad.

14.- Tratamientos que no son reconocidos por la práctica médico científica, o tratamientos que no son aceptados por ser experimentales o de beneficios inciertos para el paciente.

15.- Lo realizado por acupunturistas, naturistas, vegetarianos y homeópatas. Así como el tratamiento médico o quirúrgico sobre la base de hipnotismo.

16.- Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño, aprendizaje, epilepsia.

17.- Tratamiento de naturaleza experimental o de investigación.

18.- Tratamientos en centros de Salud Pública e hidroclínicas.

19.- Tratamiento médico o quirúrgico para corrección de pie plano, pie equino y hallux-valgus o juanetes.

20.- Tratamientos de fertilidad, esterilidad, control de natalidad y sus complicaciones.

21.- Gastos por trastornos hormonales.

22.- Tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios por un accidente.

23.- Gastos por tratamientos que no sean médicamente necesarios.

25.- Gastos que no hayan sido prescritos por un médico legalmente autorizado.

23.- Gastos que de conformidad con el protocolo médico generalmente aceptados puedan ser medicamentos o tratamientos considerados como una duplicidad o en exceso de los necesarios para el restablecimiento de la salud del paciente.

25.- Vitaminas o suplementos dietéticos y para aumentar el apetito o para adelgazar, aunque sean recetados por un médico autorizado, vacunas preventivas.

26.- Gastos por tratamientos recibidos sin costo para el Asegurado.



27.-Cualquier gasto en exceso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados, aunque tenga cobertura por la póliza.

28.-Cualquier exceso sobre los límites de cobertura establecidos en las condiciones particulares de la póliza.

23.-Suicidio o cualquier intento de suicidio sus complicaciones o secuelas independientemente de que el Asegurado se encuentre o no en su sano juicio.

30.-Gastos por la atención o tratamientos de lesiones a consecuencia de accidentes, sufridos por un Asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o cuando viaje como pasajero en un medio de transporte privado, comercial o no, que no sea público, donde el conductor del mismo se encuentre en estado de embriaguez.

31.-Tratamientos para el control de peso, trastornos del comer o cualquier tratamiento de la obesidad y sus consecuencias.

32.-Para el tratamiento de problemas en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación o coyuntura.

33.-Por transformación sexual o cambio de sexo de cualquier naturaleza.

34.-Tratamientos de enfermedades de transmisión sexual. (Se excluye el SIDA)

35.-Terapias de aprendizaje por retraso mental.

36.-Lesiones causadas al Asegurado cuando conduzca o viaje como pasajero de un automóvil o cualquier vehículo motor en carreras, pruebas de velocidad, resistencia.

37.-Lesiones o enfermedades causadas a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos: MotoCross, alpinismo, jaripeo, esquí, tauromaquia, salto de bungee, Canopy, equitación, buceo, paracaidismo y cualquier tipo de deporte aéreo.

38.-Lesiones cuyos beneficios sean pagados por una póliza de automóviles, accidentes personales, accidentes de tránsito.

39.-Tratamientos por síndrome de fatiga crónica.



40.- Gastos por concepto de alquiler o compra de equipo médico (no desechable) fuera del hospital: Muletas, sillas de ruedas, tanques de oxígeno, andadores, y tocones para yeso, zapatos especiales u ortopédicos, cabestrillo, rodilleras, etc.

41.-Circuncisiones salvo en caso de Infecciones Comprobada.

42.-Objetos para el confort personal.

43.-El alquiler o compra de prótesis, implantes, vaporizadores, nebulizadores equipo para ejercicio.

44.-Cualquier tratamiento o complicación por la enfermedad de chagas.

45.-Por cualquier suministro, inoculación o inyección de hormonas.

46.-Tratamiento y medicamentos del síndrome de climaterio, menopausia, y/o andropausia y sus complicaciones.

47.-Cualquier enfermedad y/o complicación causada por negligencia del personal médico tratante incluyendo las enfermedades y complicaciones derivadas de la mala praxis médica.

48.-Gastos por acné juvenil, ya sea este inflamatorio o no y verrugas vulgares.; se cubrirán los gastos de acné juvenil sobre infectado siempre que haya una segunda evaluación médica por parte de la Compañía.

49.-Gastos por servicios médicos en que se incurran cuando la póliza no se encuentre vigente o haya sido cancelada.

50.-Que un tercero este obligado a cubrir en beneficio del Asegurado por razón de existencia de un contrato o por responsabilidad civil extra-contractual, o que sean suministrados o cubiertos por instituciones estatales.

51.-Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de análisis del pelo.

52.-Por el exceso en costos que provoque la utilización de Tecnología Médica de Aplicación Reciente no autorizada al compararlos con la Tecnología Médica Tradicional utilizada para el tratamiento de enfermedades o lesiones de un Asegurado amparado bajo alguna cobertura o servicio de esta póliza.

53.-Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el sueño.



54.-Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el crecimiento.

55.-En los casos de epidemias declaradas por el Ministerio de Salud de la República de Honduras, o bien de la entidad homóloga en algún otro país en los casos en que el Asegurado se encuentre fuera de la República Honduras en dicho país y posea cobertura internacional.

56.-Por consultas médicas en casa., salvo que en las Condiciones Particulares de la Póliza de su plan de seguro se haya incluido como un servicio cubierto alguna cobertura que brinde servicio de atención médica domiciliaria y siempre sujeto a los límites, términos y condiciones para dichos servicios.

CLÁUSULA No.3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El presente Contrato de Seguro queda constituido por la Solicitud firmada del Asegurado o Contratante del Seguro formulada a la Compañía, por la Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Especiales contenidas en la presente Póliza, Anexos y Endosos que se adhieran a la Póliza, si los hubiere. El Contrato de Seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Compañía, sin que pueda someterse su vigencia al pago de la prima inicial.

CLÁUSULA No.4 DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

ADITAMENTO: Anexo de la póliza.

AMBULANCIA: Vehículo de urgencia equipado para suministrar atenciones de primeros auxilios que se emplea para el transporte de los pacientes a un centro médico en casos de accidente, traumatismos o enfermedad súbita y grave.

ASEGURADO TITULAR: Empleado que está asegurado bajo los términos y estipulaciones de esta Póliza.

ASEGURADO DEPENDIENTE: Conyugue o hijos que dependan económicamente del titular de la póliza

BENEFICIO: El seguro para el cuidado de la salud ayuda a la gente a protegerse contra los elevados costos médicos. Es un contrato entre la persona y la compañía



de seguros en donde la persona compra un plan y la compañía accede a cubrir parte de los gastos médicos.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: es el documento que expide una institución aseguradora, que indica de forma general la existencia de ciertas coberturas sobre un objeto o persona.

COMISIÓN NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS: Es la entidad encargada de vigilar el cumplimiento de las normas emitidas por el Banco Central de Honduras en materia de política monetaria, crediticia y cambiaria.

CONTRATANTE: Persona jurídica capaz de celebrar la contratación de la Póliza con el consentimiento de los miembros del Grupo Asegurable.

CONTRATO: Pacto o convenio entre dos o más partes por el que se obligan sobre una materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser obligadas.

ENFERMEDAD: Significa un 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.

ENDOSO: Un endoso es un cambio a la póliza de seguros vigente, y que modifica alguna información o condición de la misma.

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS: Se entenderán como tales aquellos cuyo monto o valor han sido fijados entre los prestadores de servicios médicos y la Compañía, en consideración a la naturaleza y calidad técnica de los servicios, a las características de las instalaciones y equipos hospitalarios respectivos y a las circunstancias de tiempo, lugar y costo de utilización, siendo éstos gastos el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, bajo los que se rige la presente Póliza.

Por lo tanto, el monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta Póliza, no podrá exceder, para Médicos y Hospitales con los que no se tenga convenio, del que corresponda para servicios médicos y hospitalarios de acuerdo al párrafo anterior.

HOSPITAL: Institución autorizada como hospital (si se requiere autorización), y operada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, equipada con un quirófano o sala de operaciones, cuya institución proporciona asistencia de enfermeras las veinticuatro (24) horas y tiene facilidades para ambos, diagnósticos y cirugía mayor, excepto en el caso de un hospital dedicado especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas. El término hospital no se



interpretará como o incluirá clínicas, hoteles, asilos, sanatorios particulares, casas para convalecientes, lugares para vigilancia, asilos para ancianos, o establecimientos usados principalmente para la hospitalización o tratamiento de adictos a drogas, o alcohólicos.

HOSPITALIZACIÓN: Una persona que está registrada como paciente en un hospital e incurre en un gasto diario de cuarto y comida.

HOSPITAL PARTICIPANTE o MÉDICO PARTICIPANTE: Hospital, o médico que tiene contrato con la Compañía e incluido en la red de proveedores, para proporcionar un tratamiento por el cual un beneficio puede ser pagador bajo este aditamento. Donde una lista limitando los hospitales y médicos participantes está en uso.

1.- Dicha lista será proporcionada por la Compañía, pero puede ser modificada de acuerdo a la conveniencia de la Compañía.

2.- Una declaración en Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, o un Endoso a la Póliza, puede negar o reducir los beneficios pagaderos en caso de un tratamiento suministrado por un médico u hospital no participante.

INCAPACIDAD: Una enfermedad que necesita tratamiento médico por un médico autorizado. Todos los desórdenes corporales que existan simultáneamente los cuales sean debido a la misma o a causas relacionadas, serán considerados una incapacidad. Si una incapacidad es debida a la misma o a causas relacionadas, a una incapacidad anterior (incluyendo las complicaciones derivadas de ahí) esa incapacidad será considerada una continuación de la incapacidad anterior y no una incapacidad separada. Sin embargo, para casos que requieran hospitalización, después de los noventa (90) días siguientes a la última salida del hospital, la siguiente hospitalización debido a la misma causa, será considerada una nueva incapacidad se establece después que ha transcurrido un período de noventa (90) días siguientes al día en el cual el último gasto incurrido fue reembolsado, a menos que los gastos no se reembolsen porque el beneficio máximo se ha agotado.

LA LEY: Esta Ley regula la Creación, Organización, Funcionamiento, Fusión, Conversión, Escisión, Liquidación y Supervisión de las Instituciones que realicen actividades u operaciones de Seguros y Reaseguros, y tiene como propósitos.

LA COMPAÑÍA: Una compañía de seguros o aseguradora es la empresa especializada en el seguro, cuya actividad económica consiste en producir el servicio de seguridad, cubriendo determinados riesgos económicos (riesgos asegurables) a las unidades económicas de producción y consumo. MAPFRE Seguros Honduras S.A.



LESION CORPORAL: Expresión equivalente a daño en las personas, para diferenciarlo del daño material o en las cosas.

MÉDICO: Doctor o cirujano que es doctor en medicina graduado de una universidad acreditada como tal, colegiado en el Colegio Médico de Honduras y autorizado legalmente para practicar la medicina y calificado para rendir el tratamiento estipulado. No se reconocerán los honorarios de médicos familiares de los pacientes asegurados nuestros. En el caso de médicos que tengan el mismo apellido que el Asegurado, el mismo deberá presentar una constancia en la cual demuestra que no hay ningún tipo de relación sanguínea o política.

MEDICINAS: Drogas dispensadas por una droguería legalmente autorizada y comercializadas a través de una Farmacia legalmente establecida y autorizada como tal.

OPERACIÓN QUIRÚRGICA: Significa únicamente lo siguiente: 1). - Operación incisiva. 2). Sutura de una herida. 3). Tratamiento de una fractura. 4) Sujeción de una dislocación.; 5). Radioterapia (excluyendo isótopo de terapia radioactiva) si es usado en lugar de una operación incisiva para la remoción de un tumor. 6). Electro cauterización. 7) Diagnóstico y procedimientos terapéuticos y endoscópicos. 8) Tratamiento de inyecciones para las hemorroides y venas varicosas.

PRIMA: Cantidad a pagar por los Asegurados en concepto de contraprestación por la cobertura del Seguro.

RED: son los proveedores con los que cuenta una compañía de seguros, para brindar el servicio de atenciones médicas, pagando el asegurado un copago.

SOLICITUD DE SEGURO: Documento por el que una persona solicita a una compañía aseguradora la cobertura de determinado o determinados riesgos, facilitando todos los datos necesarios para que aquella, en su caso, acepte los mismos.

CLÁUSULA No.5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

La Compañía indemnizará al Asegurado todos los daños o pérdidas en la forma y hasta los límites establecidos, la reposición o reparación del o de los bienes afectados; dicha indemnización no deberá sobrepasar de ninguna manera el límite máximo de responsabilidad estipulado



CLÁUSULA No. 6 BENEFICIOS

Si un Asegurado y dependientes incurrir en gastos a consecuencia de una incapacidad con respecto a su Hospitalización, la Compañía pagará los beneficios descritos más abajo:

1. BENEFICIOS DIARIOS

El gasto incurrido por el Asegurado y dependientes por los cargos regulares y acostumbrados, hechos por el hospital por cuarto, comida y atención general de enfermeros, suministrados durante su hospitalización, pero sin exceder el beneficio máximo diario por cada día de hospitalización y la cantidad máxima durante cualquier incapacidad, según se indican ambos en Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento.

2. BENEFICIO DE CUIDADO INTENSIVO

En el caso de que, durante una hospitalización, el médico de cabecera de un Asegurado y dependientes prescriba la hospitalización de dicho Asegurado y dependientes en la Unidad de cuidado Intensivo del Hospital (según se define después) entonces, con respecto a cada día de hospitalización en dicha Unidad de Cuidado Intensivo, en lugar de cualquier beneficio pagadero bajo la Sección " Beneficios de Hospitalización, se pagará un beneficio por hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo), que no excederá de la cantidad máxima establecida en el cuadro de beneficios.

A los fines de esta Cláusula, la "Unidad de Cuidado Intensivo de un Hospital" se referirá solamente a una sección, sala o a la del Hospital, la cual se distingue de otras dependencias del Hospital debido a:

- 1) Que opera únicamente al efecto de brindar alojamiento y cuidado profesional y tratamiento a pacientes críticamente enfermos, incluyendo observación constante y cuidado por una enfermera graduada u otro personal hospitalario altamente entrenado.
- 2) Que tiene servicios especiales, equipos y suministros necesarios para ese cuidado y tratamiento, accesible para su uso inmediato, si fuese, su uso necesario.

3) BENEFICIO POR SERVICIO DE HOSPITALES

El gasto incurrido por el Asegurado y dependientes, por los cargos regulares y acostumbrados, hechos por el hospital por:

- (I) 1) Servicios o abastecimientos suministrados al Asegurado y dependientes por su uso durante su hospitalización, incluyendo los costos de sangre y plasma sanguíneo.



(II) 2) Anestésicos y su administración por un empleado del hospital; pero sin exceder el máximo de servicios de hospital durante cualquier incapacidad según se indica en Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento.

No se pagarán beneficios por los cargos hechos por enfermeras particulares, cuarto y comida, técnicos y médicos no empleados regularmente por el hospital, bajo los servicios especiales de hospital.

4) BENEFICIO DE SALA DE EMERGENCIA

Si a consecuencia de una lesión corporal accidental, un Asegurado y dependientes incurren en gastos por los servicios y suministros proporcionados por sala de emergencia de un hospital, la Compañía pagará los cargos regulares y acostumbrados por tales servicios, sin exceder el máximo durante cualquier incapacidad según se indica en Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento, siempre y cuando el padecimiento requiera de atención de emergencia.

5) BENEFICIO DE CIRUGÍA Y ANESTESIA

Si un Asegurado y los Dependientes incurren en gastos por una operación quirúrgica, a consecuencia de una Incapacidad, la Compañía pagará, sujeto a las estipulaciones de este Aditamento una cantidad calculada por uno de los siguientes métodos:

Método Uno: Aplicando al beneficio máximo, el monto especificado en la adjunta Tabla de Honorarios Quirúrgicos: ARANCEL DE HONORARIOS MÉDICOS RED HONDUREÑA DE SERVICIOS DE LA SALUD (REHDSA)

Método Dos: Seleccionando la cantidad especificada, donde aparecen las cantidades en la adjunta Tabla de Honorarios Quirúrgicos;

Método Tres: Multiplicando la unidad de valor especificada por el Factor de Conversión Quirúrgico en la adjunta Tabla de Valor Relativo.

Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento, estipulará el método de Cálculo a ser usado, el beneficio máximo, y si es aplicable, el Factor de Conversión Quirúrgico, sujeto a las siguientes disposiciones:

1.- El pago no excederá el valor calculado por ese procedimiento, ni excederá la cantidad realmente cargada al Asegurado y Dependientes.

2.- Cuando se den procedimientos quirúrgicos dobles o múltiples, los cuales añaden complejidad, o tiempo significativo al cuidado del paciente, sean ejecutados en la misma sesión operatoria, se reconocerán de la siguiente manera



100% por el procedimiento mayor, más 50% del valor por el segundo procedimiento, y 25% del valor por el tercer procedimiento, excepto que, si el procedimiento combinado es especificado de otra manera, ese valor será pagadero.

3.- Cuando un procedimiento incidental sea practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operativo, el pago será únicamente por el procedimiento mayor, excepto si se especifica de otra manera.

4.- El porcentaje o unidad de valor cotizado en la Tabla incluirá la consulta normal pre-operatoria, investigación y preparación del Asegurado y dependientes, el procedimiento operatorio, el cuidado total postoperatorio prestado por el cirujano mientras el Asegurado y dependientes estén en el hospital, y el cuidado de convaleciente siguiente a la salida del hospital.

5.- Cuando una operación quirúrgica no esté cotizada en la Tabla, la Compañía determinará el pago, basado en un procedimiento que requiera tiempo y habilidad quirúrgica similares y de acuerdo a los costos justos razonables y acostumbrados.

6.- Cuando se establezca para satisfacción de la Compañía, que la pericia de dos cirujanos se requiere en la administración de una operación quirúrgica específica, la cantidad pagadera, puede ser aumentada hasta un 25% más del porcentaje fijado o valor y prorrateo, con el acuerdo de los cirujanos, con relación a la responsabilidad y el trabajo ejecutado.

7.- Por concepto de ayudantías en cirugía, solamente será reconocida la participación de un ayudante, cuyos honorarios serán del 30% del valor que corresponde al cirujano principal.

8.- El pago por todas las operaciones quirúrgicas practicadas durante cualquier incapacidad, no excederá el máximo quirúrgico por incapacidad según se indica en Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento.

6) BENEFICIO DE ANESTESIA

Si un Asegurado y dependientes, a consecuencia de una incapacidad, incurren en gastos por una operación quirúrgica que requiera anestesia general, o para un examen bajo anestesia general, la Compañía pagará, sujeto a las estipulaciones de este Aditamento, por los servicios de anestesia, una cantidad calculada aplicando el Porcentaje de Conversión de Anestesia a la cantidad de beneficio quirúrgico, según se indica en Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, pagadera de acuerdo con la sección anterior, sujeta a las siguientes disposiciones:



- 1.- El valor de los servicios por anestesia será determinado aplicando el 34% al valor consignado de acuerdo a la Tabla de Honorarios Quirúrgicos: arancel de Honorarios Médicos, Red Hondureña de Servicios de la Salud (REDHSA)
- 2.- El pago no excederá al valor calculado para ese procedimiento, ni excederá la cantidad realmente cargada al Asegurado y dependientes.
- 3.- La cantidad determinada para anestesia incluirá las visitas pre y postoperatorias, la administración de la anestesia y la administración de líquidos y/o sangre inherente a la anestesia o cirugía.
- 4.- El valor calculado sólo será pagadero cuando la anestesia sea administrada personalmente por un médico, que permanece en presencia constante durante el procedimiento, con el solo fin de prestar los servicios de anestesia.
- 5.- El pago por los servicios de anestesia proporcionados durante cualquier incapacidad, no excederá el producto del Porcentaje de Conversión de Anestesia y el máximo quirúrgico por Incapacidad según se indican ambos en Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento.

7) BENEFICIOS MÉDICOS POR HOSPITALIZACIÓN

Si un Asegurado y dependientes, mientras estén hospitalizados, a causa de una incapacidad, incurren en gastos por atención facultativa y tratamiento por un médico, por otras causas que no sean embarazo, la Compañía reembolsará tal gasto hasta la cantidad máxima por visita y por incapacidad indicada en Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento, sujeto a las siguientes estipulaciones:

- 1.- No se pagarán beneficios por los servicios de un cirujano, o anestesista por los cuales se pagan beneficios bajo los Beneficios de Anestesia y Cirugía; ni por visitas a ningún médico en, o después del día en que se práctica una operación.
- 2.- El pago se hará nada más que por una visita, un día cualquiera, y ésta no excederá la cantidad realmente cargada.
- 3.- En el caso de hospitalización por tratamientos médicos que no requieran de intervención quirúrgica las visitas intra-hospitalarias serán reembolsadas de acuerdo al Arancel de Honorarios Médicos (REDHSA).

1.- Definiciones:

Consulta de Especialistas: Atención facultativa y consulta por un especialista competente, según lo requiere el caso, tal como un Médico Pediatra.



Consulta Sub especialista: Atención facultativa y consulta por un médico especialista según lo requiera el caso, tal como un Médico Pediatra Gastroenterólogo.

2.- Limitaciones: No se pagarán más de cinco (5) consultas a especialistas, durante una incapacidad.

El máximo por incapacidad mostrado en Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento, aplica a la suma de todos los pagos por visitas al consultorio de un especialista.

8) BENEFICIO DE LABORATORIO Y RAYOS X PARA DIAGNÓSTICO

Si un Asegurado y dependientes, incurrir en gastos a causa de una incapacidad, por exámenes de Rayos X para diagnósticos, o pruebas de laboratorio, o microscópicas, o análisis, por otras causas que no sean embarazo, la Compañía reembolsará tales gastos en exceso del deducible, y hasta el máximo indicado en Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, siempre que dichos exámenes sean hechos u ordenados por un médico. El deducible y máximo, aplicarán a cada incapacidad.

No se pagarán beneficios, por rayos X terapéuticos, o por cualquier examen hecho durante la hospitalización de un Asegurado y dependientes.

9) BENEFICIOS DE TRANSPORTE

Si un Asegurado y dependientes, a causa de lesión corporal o enfermedad, necesariamente incurre en gastos de transporte local por una ambulancia autorizada y equipada como tal, para el tratamiento médico debido a que las facilidades requeridas no son obtenibles en el lugar en el que se contrajo la lesión o enfermedad, hacia el lugar más cercano adonde tales facilidades existen, la Compañía reembolsará hasta el máximo por incapacidad mostrado en las especificaciones, siempre que dicho transporte y atención sean recomendados por el médico de cabecera.

10) BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS

Este beneficio será pagadero hasta su máximo, después de aplicado el deducible, por cada incapacidad por diagnóstico.

11) BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS MÉDICOS MAYORES

Si, como resultado de una incapacidad, un Asegurado y dependientes han incurrido en "Gastos Elegibles " (como se definen más abajo), la Compañía



reembolsará el 80% de dichos gastos en exceso de una deducible inicial sobre la base de opciones el cual debe ser acumulado dentro de un período de doce (12) meses consecutivos durante cada año calendario hasta un Beneficio máximo de según opciones con respecto a cada individuo.

1.- El "Beneficio Máximo": Es la cantidad que representa el límite máximo de responsabilidad por cada Asegurado y dependientes, y que se reembolsará por una o más enfermedades o accidentes cubiertos durante la vigencia de la póliza. Una vez agotada la suma máxima, la Compañía procederá a dar de baja o retirar de la cobertura de la Póliza al cliente Asegurado. Si un Asegurado desea ingresar de nuevo a la cobertura del contrato, deberá someterse a los exámenes médicos indicados por la Compañía; los resultados de los mismos y el análisis efectuado, indicará si el cliente es asegurado nuevamente.

2.- El término " Gastos Elegibles ": Es definido como los gastos reales incurridos por un Asegurado, que son razonables y necesarios para la atención médica, y los servicios administrados por, u ordenados por un médico autorizado para practicar la medicina. Tales gastos no incluirán cantidad alguna reembolsada bajo cualquier otra cláusula en este Aditamento, e incluirá:

A) Beneficios Diarios según se define en el cuadro de beneficios de la póliza, hasta una cantidad máxima diaria de:

1) Mientras los beneficios sean pagados bajo la cobertura de la póliza.

2) Después de alcanzar el Máximo por Incapacidad.

B) Los demás servicios y suministros de Hospital para la atención médica en el Hospital.

C) Anestésicos y su administración.

D) Servicios de ambulancia para viajar de y hacia un hospital local.

E) Servicios médicos para cirugía y otras atenciones médicas, excluyendo los servicios dentales, a menos que sea para el tratamiento seguidamente abajo.

F) Servicios dentales para cirugía prestados por un médico, dentista o cirujano dental para el tratamiento de lesiones accidentales a los dientes naturales a través de medios externos violentos, dentro de los seis (6) meses del accidente (el tratamiento incluye el reemplazo de dichos dientes naturales dentro de dicho período).



G) Tratamientos y atenciones por enfermedades mentales serán cubiertos únicamente por hospitalización, y estarán sujetos a un período de espera de un (1) año a partir de la fecha de la inclusión a la póliza.

H) Los demás servicios y suministros:

- Tratamiento de rayos X, radios y otras sustancias radioactivas
- Tratamiento por un fisioterapeuta que no sea de la familia
- Drogas y medicinas dispensadas por un farmacéutico autorizado
- Vendajes quirúrgicos
- Miembros y ojos artificiales cuando sean necesitados por lesiones corporales accidentales o enfermedades ocurridas mientras está cubierto bajo este aditamento.
- Enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas
- Alquiler de silla de ruedas, cama de hospital o pulmón de hierro.

CLÁUSULA No.7 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar a la Compañía, de acuerdo a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

OCUPACIÓN: Inmediatamente a un cambio de ocupación de alguno de los Asegurados, se deberá de avisar por escrito a la Compañía para que esta proceda a los ajustes de prima. De no dar aviso y en caso de siniestro la Suma Asegurada se reducirá proporcionalmente.

CLÁUSULA No.8 PAGO DE PRIMA



La Prima de esta Póliza es la Suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación o renovación de la Póliza, la edad y el sexo de cada Asegurado.

El pago de la prima correspondiente en o después de la fecha efectiva de la póliza o de la renovación de cualquier año, se considerará como aceptación de las condiciones generales y particulares de la póliza y de cualquier modificación en su renovación.

Esta prima es pagada por el contratante de la póliza.

CLÁUSULA No.9 VIGENCIA

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este Contrato será de un año (1) entrando en vigor desde la fecha estipulada en las Condiciones Particulares.

El periodo de vigencia es el que se indica en las Condiciones Particulares del presente aditamento y vencerá a las doce (12) horas del medio día que se indica en la fecha de vigencia. El cual podrá ser renovado con el consentimiento de la Compañía por periodos adicionales y sucesivos de un (1) año.

CLÁUSULA No. 10 BENEFICIARIOS

Entendiéndose como beneficiario a la persona natural o jurídica que de acuerdo con las condiciones de la póliza recibirá el pago o indemnización después de la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA No. 11 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante:

- a) Suscribir la solicitud y remitirla a la Compañía juntamente con los Consentimientos de los integrantes del Grupo.
- b) Pagar a la Compañía el total de la prima de la Póliza, lo que implica también la recaudación del porcentaje con que, en su caso, contribuyan al pago los miembros del Grupo.
- c) Comunicar a las personas elegibles al seguro los criterios para fijar la Suma Asegurada y solicitarles que llenen el respectivo Consentimiento para el Seguro, así como de informar a los Asegurados sobre los aspectos que sean de su competencia y que le hayan sido notificados por la Compañía.
- d) Entregar los Certificados Individuales a los miembros del Grupo Asegurado.
- e) Dar a conocer al personal que se asegure la necesidad de declarar exactamente la edad y las consecuencias de no proporcionar la información correspondiente.
- f) Informar inmediatamente y por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos respectivos, en cuanto a:
 - 1) Los nuevos ingresos al Grupo.



- 2) Las separaciones definitivas del Grupo.
- 3) Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las Cláusulas de la Póliza.
- 4) Propuestas de modificación de las Sumas Aseguradas, a reserva de lo que la Compañía decida al respecto.
- g) En caso de que el Contratante concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, deberá notificarlo inmediatamente a la Compañía y esta a su vez podrá rescindir el Contrato dentro de los treinta días (30) calendarios siguientes a la fecha en que recibió la notificación y sus obligaciones terminarán treinta días (30) calendario después de haber sido notificada la recisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Compañía reembolsará a este la prima no devengada.

CLÁUSULA No. 12 PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

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

CLÁUSULA No. 13 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado o la omisión dolosa o culpas en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Compañía para pedir la rescisión del Contrato, dentro de los (3) tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable. Los efectos de la sentencia se retrotraen al momento de la presentación de la demanda.

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

CLÁUSULA No. 14 AVISO DEL SINIESTRO

AVISO DE SINIESTROS: Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.



RECLAMACIÓN DE SINIESTROS: En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondientes que para el efecto se le proporcionen (Declaración del Siniestro, Informe Médico y otros), así como los comprobantes originales de los gastos a indemnizar, que deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las Leyes y Reglamentos vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente.

La Compañía se reserva el derecho de rechazar cualquier reclamación cuando la misma haya sido presentada en forma extemporánea. A este respecto el Contratante y/o Asegurado tienen un máximo de tres (3) meses para ejercer su derecho de solicitar el reembolso de los gastos incurridos de acuerdo a los términos de la póliza.

Es entendido y convenido que una vez caducado el contrato de seguro, la Compañía otorgará treinta (30) días después de la fecha de vencimiento para presentar los reclamos que hubiesen quedado pendientes de pago, siempre y cuando dichos siniestros pertenezcan a la vigencia de la póliza vencida.

PAGO DE INDEMNIZACION: Las indemnizaciones que resulten conforme al presente Contrato serán liquidadas en el curso de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en la que la Compañía reciba los documentos e informaciones relacionados con el siniestro que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas al Asegurado Titular en las oficinas de la Compañía, o a quien éste haya designado mediante carta poder.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la Enfermedad o lesión, y de que el Asegurado se encuentre internado en el Hospital, así como la comprobación de los gastos realizados. El Asegurado autoriza a todos los Hospitales y a todos los médicos que lo hubieren tratado para dar información a la Compañía o persona designada por ésta y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la Compañía a costa de la misma para la comprobación del diagnóstico. Si el Asegurado no se sometiese a los reconocimientos mencionados perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

PAGO DIRECTO: En caso de utilizar la red de Médicos y Hospitales de la Compañía, éste podrá optar por el pago directo a los mismos.



PARTICIPACION DEL ASEGURADO: Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por esta Póliza, los gastos se ajustarán a los límites estipulados en las Condiciones Particulares, cláusulas y endosos de la presente Póliza. Los reembolsables se sumarán y al total de estos se restará la cantidad de Deducible especificado en las Condiciones Particulares, del importe así determinado se descontará el porcentaje del Co-Aseguro señalado en las Condiciones Particulares. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Co-Aseguro será la participación total del Asegurado.

CLÁUSULA No. 15 TERMINACIÓN ANTICIPADA

Cualquiera de las partes tendrá el derecho de dar aviso por escrito a la otra de su voluntad de dar por terminado el Contrato, con treinta (30) días de anticipación.

El seguro terminará automáticamente para cada Asegurado:

- a) Cuando dentro de la vigencia de la Póliza, el total de las indemnizaciones hayan agotado la Suma Asegurada, por la aplicación de dicha cantidad a uno o más Accidentes o Enfermedades sufridos por el mismo.
- b) Por muerte del Asegurado.
- c) Cuando un Asegurado pierda la calidad de Dependiente
- d) En caso de que el pago de la prima no se efectúe oportunamente.
- c) Cuando el titular de la póliza dejara de ser elegible.

CLÁUSULA No. 16 RENOVACIÓN

Este seguro podrá ser renovado por períodos de un año (1), a solicitud del Asegurado o Contratante dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia de cada período.

CLÁUSULA No. 17 PRESCRIPCIÓN

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, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Aseguradora haya tenido conocimiento de él; y si se trata 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 No. 18 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre La Aseguradora y El Contratante o Asegurado sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o terminación del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación y arbitraje o por la vía judicial, el sometimiento a uno de estos procedimientos, será cumplimiento obligatorio hasta obtener el laudo arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada según sea el caso, La Comisión Nacional de Bancos y Seguros no podrá pronunciarse en caso de litigio salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA No. 19 COMUNICACIONES

Cualquier reclamación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato, deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio social, que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA No. 20 TERRITORIALIDAD

Cobertura Mundial

CLÁUSULA No. 21 SUICIDIO

En caso de fallecimiento de un Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental, dentro de los dos (2) años siguientes a la última fecha de su inscripción ininterrumpida, la Compañía solamente quedará obligada a devolver al contratante las primas que éste hubiera pagado en relación con el Asegurado, durante el año en que ocurra el evento. Después de transcurridos esos dos (2) años, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente.

CLÁUSULA No. 22 EDAD



La edad determinante para el cálculo de la prima es la que corresponde al cumpleaños más próximo a la fecha de la firma de la solicitud - certificado de seguro.

Errores de la Edad: Si por haber declarado una edad inferior a la verdadera, el Asegurado resultase haber pagado una prima insuficiente, la prestación asegurada será reducida en la proporción que exista entre la prima efectiva pagada y la prima que hubiese debido ser pagada. Si, por el contrario, la prima efectivamente pagada fue superior a la prima debida, la prestación asegurada no será modificada, siempre que el error le sea comunicado antes del final del seguro. La Compañía devolverá, sin intereses, la eventual diferencia de primas cobradas.

Si la edad verdadera en el principio del seguro fuese superior a los sesenta y cinco (65) años del seguro será considerado como nulo y las primas devueltas sin intereses.

CLÁUSULA No.23 PERÍODO DE GRACIA

En el caso de renovaciones, el Contratante y/o Asegurado gozarán en un periodo de espera de treinta (30) días para efectuar el pago de la prima. Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que expire el período de gracia, esta Póliza y todos sus beneficios terminarán en la fecha original de vencimiento de la prima.

CLÁUSULA No. 24 REHABILITACIÓN

El Contratante y/o Asegurado podrán rehabilitar la Póliza al efectuar durante los treinta (30) días siguientes al período de gracia, el pago de la prima correspondiente, siempre y cuando el (los) Asegurado (s) cumplan con los requisitos de asegurabilidad solicitados por la Compañía y siempre que la Compañía lo apruebe.

El lapso comprendido entre el último día del periodo de gracia y la fecha de pago quedará al descubierto.

CLÁUSULA No. 25 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato se basa en las Solicitudes del Contratante y Asegurados y, por consiguiente, cualquier dato inexacto o que haya sido ocultado, que conocido por la Compañía la hubiere retraído a emitir esta Póliza o algún Certificado o llevado a modificar sus condiciones, producirá la nulidad del Contrato; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare al Contratante o Asegurados su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres (3) meses en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante o Asegurados hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones



inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éstos harán a la Compañía dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Después de que esta Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor durante dos (2) años, su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del Contratante.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada Certificado, después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un período de dos (2) años contados desde la fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente registro de Asegurados, excepto lo dispuesto en la Cláusula No.21 Edad y en las Condiciones que establecen Beneficio De Anticipación De La Suma Asegurada En Caso De Incapacidad Total Y Permanente Por Accidente O Enfermedad.

CLÁUSULA: No. 26 MONEDA

Todos los pagos a que se refiere este Contrato serán hechos en Lempiras de acuerdo a la ley monetaria vigente.

CLÁUSULA No. 27. OTRAS DISPOSICIONES

GASTOS EN EL EXTERIOR

Los Gastos Médicos Hospitalarios incurridos en el extranjero fuera de Honduras, se reembolsarán cuando el Asegurado o dependiente haya sido remitido por el Médico de cabecera a recibir tratamiento en el exterior por no poderse llevar a cabo dentro del país, el cual deberá ser autorizado por La Compañía.

En caso de realizar el tratamiento sin la debida autorización y posterior al viaje se presente el reclamo se tomará como improcedente y de ser declarado procedente por la Compañía el porcentaje de reembolso será del cincuenta (50%).

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Si un Asegurado o dependiente tiene contratado con otra u otras instituciones en todo o en parte, coberturas de la misma naturaleza que ampara el presente contrato y que cubran el mismo riesgo, tomados en la misma fecha, antes o después del presente contrato, el Asegurado está obligado a declararlo inmediatamente por escrito a la Compañía expresando el nombre de los Asegurados y las sumas aseguradas.

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



De confirmar que el Asegurado al momento de iniciar la cobertura de esta póliza, goza de beneficios de plan médico con otra(s) compañía(s), este plan le deberá cubrir en su totalidad los gastos elegibles por servicios médicos prestados conforme a lo estipulado en el Cuadro de Beneficios de esa póliza en su calidad de pagador primario y La Compañía pagará beneficios reducidos como pagador secundario. Cuando este plan es el pagador secundario, la coordinación de Beneficios permite que el Asegurado pueda tramitar para reembolso el copago y los gastos no cubiertos por haber agotado la cobertura en el plan primario, aplicando a estos gastos el deducible y el coaseguro conforme a lo estipulado en el cuadro de Beneficios de la póliza.

No se hará coordinación alguna del deducible aplicado en el plan primario salvo convenio expreso de las partes.

Si un Asegurado bajo esta póliza, está cubierto también bajo otro plan emitido por La Compañía, e incurre en gastos elegibles en ambas pólizas, se aplica lo mencionado en el párrafo anterior.

RED DE PROVEEDORES

La Red de Proveedores es una facilidad que la Compañía otorga por mera liberalidad a sus asegurados como un valor agregado para que usen el crédito que la Compañía tiene con los proveedores, la misma no representa ningún compromiso u obligación, ya que esta no forma parte del Contrato de Seguros.

Asimismo, queda entendido y convenido que las condiciones de la red pueden variar en cualquier momento durante la vigencia de la póliza de acuerdo a lo pactado entre la Compañía y cada uno de sus proveedores. Por lo que; los servicios pueden ser ampliados, modificados, suspendidos o cancelados en cualquier tiempo, bastando únicamente la notificación por escrito al Asegurado y/o contratante de la póliza que los estuviera gozando.

CLÁUSULA No. 28 RECUPERACIÓN DEL CARNET

Queda entendido y convenido que el contratante de esta póliza, se compromete a controlar el buen manejo que sus colaboradores y dependientes hagan de los carnets de Seguro Médico Hospitalario, así mismo colaborar con la Compañía en la recuperación de aquellos valores al crédito que generados a través de los hospitales de nuestra red tales como: deducible, coaseguro, gastos o excesos no cubiertos en la póliza. Y a la vez recuperar el carnet de Seguro Médico de los empleados en el caso de que dejen de laborar para dicha empresa.

Asimismo, y en caso de que un empleado deje de formar parte del grupo asegurado y haga uso de la red de proveedores, el contratante, se hará



responsable ante la Compañía al pago de cualquier gasto médico realizado después de su cancelación como Asegurado en la compañía.

CLÁUSULA No. 29 ENDOSO DE EXCLUSION LA/FT

El presente contrato de seguro se dará por terminado de manera anticipada en los casos en que el Asegurado, el Contratante y/o 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 de 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 de crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de los Designados por la ONU, entre otras.

Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley especial Contra 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 de informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA No. 30. 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 aplicada emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.