

SEGURO DE GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL PLAN AMIGO

CONDICIONES GENERALES

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

CLAUSULA No. 1. COBERTURA

Si durante la vigencia de la póliza ocurriera una enfermedad y/o accidente cubierto por este Contrato de Seguro, La Compañía cubrirá el costo de los gastos procedentes que a continuación se mencionan, hasta el monto de la suma asegurada, de acuerdo con las condiciones y límites estipulados en las presentes Condiciones Generales.

- Gastos Medicos Mayores

Si como consecuencia de un accidente o enfermedad que haya tenido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la Póliza, el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados más adelante, la Compañía reembolsará el costo de los mismos hasta por el Máximo Vitalicio, ajustándose previamente a las limitaciones y condiciones consignadas en la póliza por tipo de gasto, inicio de vigencia y periodo de cobertura, así como a las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y el padecimiento se origine dentro de la fecha de cobertura.

Cubre los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados en que incurra el Asegurado como parte de los beneficios contratados, como honorarios médicos, hospitalizaciones, consultas, medicamentos y similares.

Todas aquellas hospitalizaciones programadas deberán ser estrictamente pre-certificadas, en caso de no presentarse a las oficinas de la compañía para tramitar la debida pre-certificación, la compañía se reserva el derecho de aumentar a un 50% el coaseguro.

En caso de Cirugía programada el Asegurado se debe someter a una segunda evaluación médica requisito para la aprobación por parte de MAPFRE Seguros. El costo de la segunda evaluación médica es por cuenta de MAPFRE Seguros. El incumplimiento de este requisito produce un incremento hasta del 50% de Coaseguro para el procedimiento o cirugía no evaluado por la Compañía.

Los Gastos Médicos Hospitalarios incurridos en el extranjero fuera de Centroamérica, se reembolsarán cuando el Asegurado haya sido remitido por el Médico de cabecera a recibir tratamiento en el exterior por no poder ser realizado dentro del país, el cual deberá ser autorizado por la Compañía.

En caso de realizar este tratamiento en Estados Unidos de América (EEUU) deberá remitirse a un Hospital de la Red de La Compañía, de lo contrario la cuenta será ajustada a los costos de un hospital de la red de similar tamaño y calidad.

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 Por Ciento (50%).

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

1. **MEDICOS Y/O CIRUJANOS Y AYUDANTES:** Honorarios por intervención quirúrgica, de acuerdo a lo establecido en la tabla de Honorarios Médicos aplicada por la compañía.

2. Los honorarios por consultas médicas postoperatorias quedarán comprendidas en la cantidad pagada por concepto de honorarios quirúrgicos.

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

3. **HONORARIOS DE MEDICOS QUIROPRACTICOS:** Siempre y cuando sean recomendados por el médico tratante y estos cuenten con cédula profesional.

4. **CONSULTAS Y VISITAS MEDICAS:** Honorarios por consulta médicas en consultorio a razón de una consulta o visita médica por día, siempre que no sean familiares del Asegurado y sea un médico debidamente autorizado para ejercer la medicina, Máximo cinco (5) visitas por una misma incapacidad. De acuerdo a los siguientes límites:

Médico General	L. 700.00
Médico Especialista	L. 900.00
Neurólogo y Cardiólogo	L.1,200.00

Sujeto a coaseguro y deducible.

5. **HOSPITAL O SANATORIO:** Gastos por internamiento del Asegurado de Acuerdo al accidente o enfermedad que se presente, presentados por: cuarto sencillo privado con baño, alimentos del paciente, gastos de anestesia y u otros gastos inherentes al tratamiento médico.

6. **SERVICIOS DE DIAGNOSTICO:** Gastos por exámenes de laboratorio y/o gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiogramas, ultrasonido,

encefalogramas, o cualquier otro indispensable para el diagnóstico o tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierto.

7. SALA DE OPERACION: Gastos de sala de operaciones, cuidados intensivos y sala de recuperación.

8. ANESTESISTA: Honorarios hasta por un 34% de los honorarios del cirujano que corresponden a la intervención quirúrgica que se trate.

9. ENFERMERA: Honorarios de acuerdo a lo que establezca esta Póliza, cuando el paciente requiera de cuidados especiales, con un máximo de tres turnos por día, dentro del hospital.

10. MEDICAMENTOS: Los adquiridos por el Asegurado fuera del Hospital o Sanatorio, necesarios para el tratamiento del Accidente o Enfermedad y que hayan sido prescritos por los médicos tratantes y se presente la factura de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.

11. TRANSFUSIONES DE SANGRE: Gastos originados por transfusiones de sangre, aplicación de plasma sueros u otras sustancias semejantes (excepto análisis de donador).

12. CONSUMO DE OXIGENO: Gastos originados por uso de oxígeno, dentro de un hospital.

13. SERVICIOS DE TERAPIA: Gastos por tratamiento con terapia radioactiva, física, radioterapia, fisioterapia, quimioterapia y otras similares.

14. SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE Y AREA: Gastos hacia o desde el hospital, siempre que el traslado sea necesariamente en ambulancia debido al estado de salud del asegurado.

AMBULANCIA TERRESTRE EN C.A. Lps. 6,000.00 anuales por grupo familiar, sujetos a coaseguro y deducible en C.A.

AMBULANCIA AREA INTERNACIONES Lps. 80,000.00 anuales por grupo familiar, sujeto a coaseguro y deducible en el extranjero.

15. TRANSPLANTES: Gastos para efectuar el trasplante de un órgano al asegurado con un beneficio máximo de Lps. 300,000.00 sujeto a coaseguro y deducible.

16. TRATAMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS DE CARACTER RECONSTRUCTIVO: No estético, que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente cubiertos en este Contrato.

17. TRATAMIENTOS Y/O PROTESIS DENTALES: Los tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un Accidente,

siempre y cuando se presente radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del Accidente y debe ser evaluado por el medico filtro de la compañía.

18. CONTROL DE NIÑO SANO: Los cuidados del bebé a partir del 14 día de su nacimiento 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.

Cobertura hasta la edad de 6 (seis) años: Consultas Médicas, Vitaminas y las vacunas: Hepatitis A, Hepatitis B, DPT, Polio, PPR, Rotavirus

19. CUIDADO CRITICO NEONATAL: Cobertura de cuidado critico neonatal siempre que la madre haya pasado el periodo de espera por maternidad y se encuentre asegurada en la categoría con maternidad.

Cobertura hasta Lps. 150,000.00 de gastos elegibles, de acuerdo a la cláusula de lo justo razonable y acostumbrado, sujeto a coaseguro y deducible, por las siguientes condiciones:

1. Enfermedades contraídas al momento de nacer.
2. Defectos Congénitos que requieran cirugía o tratamientos especiales.
3. Parto Prematuro.

El límite de Lps. 150,000.00 representa la cantidad máxima (sujeto a coaseguro y deducible) a cubrir por las condiciones arriba detalladas, el recién nacido podrá ser elegible a la cobertura de gastos médicos a partir del día catorce (14) de su nacimiento previa presentación de pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la compañía.

Los gastos médicos pagados por cuidado crítico Neonatal serán disminuidos del máximo vitalicio del recién nacido siempre que sea elegible e incluido a la póliza, de lo contrario, dichos gastos serán disminuidos del máximo vitalicio de la madre.

20. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA DE 10 MESES

Maternidad incluye; parto normal, operación cesárea o aborto legal, practicado a la cónyuge o asegurada Titular, con un período de espera de 10 (diez) meses dentro de la vigencia de la póliza. (Ver anexo: Beneficio de Maternidad).

Únicamente se cubrirán embarazos que inicien después de diez (10) meses de cobertura continua, siempre que esta cobertura sea especificada en el cuadro de beneficios.

21. ESTARAN CUBIERTOS A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO QUE SIGUE A LA FECHA DE ALTA DE CADA ASEGURADO LOS GASTOS RESULTANTES DE:

- Procedimientos y tratamientos quirúrgicos del aparato genital femenino (útero o sus anexos).

- Fibromas
- Del piso perineal
- Operaciones del ojo, la nariz y/o senos paranasales serán cubiertos únicamente a consecuencia de un Accidente.
- Padecimiento de glándulas mamarias
- Hemorroides, fístulas, y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Amigdalectomias y adenoidectomía
- Hernias (incluyendo las de disco), eventración
- Cálculos renales
- Cálculos biliares
- Histerectomías
- Asma
- Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores
- Enfermedades mentales. Sólo cubiertos gastos por hospitalización, hasta un 20% del máximo vitalicio (se excluyen los trastornos alimenticios: Anorexia, Bulimia y sus consecuencias)
- Enfermedad Fibroquística de Mama
- Artritis.
- Enfermedades Cardiovasculares, como ser Hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, cardiopatías y demás enfermedades que requieran cateterismo cardiaco, Angiografía, Angioplastía, y demás procedimiento de cirugía cardiaca.
- Enfermedades cerebro vasculares y sus complicaciones.
- Padecimientos preexistentes.
- Enfermedades metabólicas o endocrinológicas como diabetes, dislipidemias, tiroides o de cualquier otra glándula endocrina
- Enfermedades cerebrovasculares incluyendo accidentes cerebrovasculares, y los padecimientos neuroquirúrgicos respectivos para su tratamiento

-Enfermedades renales crónicas, incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y tratamientos ambulatorios mayores como la diálisis peritoneal, y la emodialisis.

-Enfermedades ácido pépticas.

-Padecimiento del aparato Genital urinario

- Resonancia Nuclear Magnética será cubierta desde el primer día de vigencia de la póliza o del ingreso del asegurado siempre y cuando sea a causa de un accidente; en caso de requerir cualquiera de los Estudios mencionados para una enfermedad, los mismos estarán sujetos a los periodos de Espera estipulados en las condiciones de la póliza.

Las Artroscopias serán cubiertas a partir del segundo año de la póliza sea a causa de accidente o enfermedad.

22.- ESTARAN CUBIERTOS A PARTIR DEL TERCER (3) AÑO

-Cáncer de cualquier tipo y sus complicaciones.

-Tumores de cualquier tipo, que incluye los procedimientos quirúrgicos respectivos para su tratamiento y los tratamientos ambulatorios mayores como quimioterapia y radioterapia.

23. ESTARAN CUBIERTOS A PARTIR DEL CUARTO AÑO QUE SIGUE A LA FECHA DE ALTA DE CADA ASEGURADO LOS GASTOS RESULTANTES DE:

- SIDA con un 50% del Máximo Vitalicio.

CLAUSULA No. 2. EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre los gastos de estudio y/o tratamientos médicos y quirúrgicos o cualquier beneficio a causa de:

A) No son medicamentos necesarios para la recuperación y conservación de la salud.

- Servicios de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, o gestión administrativa en Hospitales, dentro o fuera del país.

- Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.

- Florería, teléfono, gratificaciones.

- Donativos a instituciones que proporcionen servicios médicos.

B) Por la naturaleza de la Póliza

- Cualquier gasto por tratamiento recibido con anterioridad a la fecha de vigencia del presente Contrato o después de la terminación del mismo, haya ocurrido o no la Enfermedad o la lesión por Accidente durante la vigencia del Contrato.
- Tratamientos e Intervenciones quirúrgicas en Instituciones en las cuales el Asegurado tenga derecho a atención gratuita.
- Cualquier tratamiento que se encuentre sujeto a un periodo de espera o preexistencia, el cual no haya expirado.
- Cualquier enfermedad preexistente y no declarada en la solicitud, aunque haya pasado el periodo de espera o preexistencia estipulado en la póliza, la omisión de información en la solicitud de seguros le da el derecho a la compañía de seguros a cancelar la póliza del asegurado.
- Cualquier gasto médico presentado a la compañía después de tres meses de la fecha de prestación de servicios.
- Tratamientos médicos por parte de un miembro familiar.
- Cualquier saldo de cargos y honorarios superiores al estipulado en la tabla de honorarios médicos aplicada por la Compañía, para tratamientos médicos o quirúrgicos.
- Para el tratamiento de problemas en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes craneomandibulares 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.

C) Debido a su alta incidencia:

- Curas de reposo, exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud, o check-up. (Exámenes de rutina)
- Anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, y estrabismo. Tampoco se cubre queratotomía radiada, queratomileusis, queratocono y epiqueratofaquia.
- Aparatos auditivos.
- Compra o renta de zapatos ortopédicos.

- Dentales, alveolares, gingivales, para-dentales o de ortodoncia, máxilofaciales y sus complicaciones, excepto cuando sean indispensables a consecuencia de un Accidente.
- Tratamiento médico o dental como resultado del síndrome de la coyuntura temporomandibular (TMJ), desórdenes craneomandibulares u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros tejidos relacionados con dicha coyuntura.
- Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para transformación sexual, disfunciones o insuficiencias sexuales.
- Esterilidad, control de la natalidad y sus complicaciones
- Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, reducción de peso u obesidad y delgadez sin causa orgánica.
- Tratamiento médico quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de la columna vertebral.
- Tratamiento médico o quirúrgico para corrección del pie plano, pie equino y hallux-valgus o "juanetes".
- Epidemias declaradas oficialmente por la secretaría o ministerio de salud.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica o estética de cualquier tipo. En caso de cirugía reconstructiva, se cubrirá cuando la intervención se realice dentro de los noventa (90) días siguientes a partir de la ocurrencia de un Accidente, debidamente comprobado.
- Las vacunas.
- Vitaminas de cualquier tipo.
- Los tratamientos para el cuidado geriátrico. (envejecimiento)
- Abortos por cualquier causa.
- Maternidad u operación cesárea para hijas dependientes.
- Tratamiento de la Enfermedad de Chagas, o cualquier complicación resultante de la misma.
- Circuncisión de tipo preventivo.
- Gastos por trastornos hormonales.

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

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

-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 de Seguros.

D) Previos a la contratación de la Póliza:

- Padecimientos Preexistentes. (Sujeto al período de espera, siempre que sean declarados en la solicitud y aceptadas por la compañía)

- Malformaciones y padecimientos congénitos.

- Estrabismo.

- Aparatos ortopédicos y prótesis por cualquiera que sea la naturaleza y/o causa.

- Tratamiento médico o quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.

E) 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 tales como:

- Los realizados por acupunturistas, naturistas, vegetarianos y homeópatas. Así como el tratamiento médico o quirúrgico en base a hipnotismo.

- Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño, aprendizaje.

- De naturaleza experimental o de investigación.

- Tratamientos en centros Spa e hidroclínicas, entre otros.

F) Lesiones o afecciones por la involucración voluntaria del Asegurado que resultan en agravación del riesgo; así como sus consecuencias y tratamientos.

- Accidentes y/o padecimientos a consecuencia de alcoholismo, estado de ebriedad y/o toxicomanía.

- Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

- Actos delictivos intencionales o peleas callejeras en los que participe directamente el Asegurado (Homicidio intencional, riñas, etc.)
- Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución rebelión, huelgas y alborotos populares.
- Práctica profesional de cualquier deporte.
- Práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos, tales como: buceo, montañismo, alpinismo, tauromaquia, artes marciales, esquí (ski) de cualquier tipo, cacería, box, espeleología, hockey, rapel, lucha libre, lucha grecorromana, go-karts, motociclismo terrestre o acuático y cualquier tipo de deporte aéreo. (planeadores, vuelcos delta, etc.).
- Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
- Uso de motocicletas y/o motonetas.
- Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas aéreas comerciales legalmente establecidas y autorizadas para el servicio de la transportación regular de pasajeros.

G) Lesiones o afecciones por eventos extraordinarios.

-Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares.

-Lesión o enfermedad causada por: insurrección o guerra, declarada o no, o a consecuencia de motín, huelga o conmoción civil, por la utilización de armas nucleares o de destrucción masiva, armas químicas, armas de destrucción biológica.

- Epidemias declaradas.

CLAUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El presente Contrato de Seguro queda constituido por la Solicitud firmada por el Asegurado, por las Condiciones Generales y Particulares contenidas en la Póliza, por los endosos y/o anexos adheridos a la misma, si los hubiere y por cualquier otro documento escrito que haya sido tomado en cuenta para la contratación del presente seguro o modificación.

CLAUSULA No. 4 DEFINICIONES

ASEGURADO: Son las personas cubiertas por esta póliza que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía.



ACCIDENTE: Se considera Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa, externa, súbita, fortuita y violenta, que cause lesiones corporales en la persona del Asegurado.

No se considera Accidente las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado, ni aquellas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurran después de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente se considerarán como un solo evento.

CNBS: Comisión Nacional de Bancos y Seguros

CO-ASEGURO: Porcentaje establecido en el cuadro de beneficios de la Póliza, como participación del Asegurado, que se aplicará a los gastos elegibles después de aplicar el Deducible.

COMPAÑIA: Mapfre Seguros Honduras, S.A.

DEDUCIBLE: Cantidad establecida en la carátula de la Póliza a cargo del Asegurado por los primeros gastos cubiertos para cada Enfermedad o Accidente. Este deducible se determina cada año póliza para cada Asegurado. El anterior límite sólo es aplicable a gastos dentro de Centroamérica, el deducible por gastos en el extranjero será aplicado por evento.

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.

HOSPITAL: Significa únicamente una institución autorizada como hospital y equipado para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, equipado 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 termino hospital no se interpretará como o incluirá clínica, hoteles, asilos, sanatorios particulares, casas para convalecientes, lugares para vigilancia, asilos para ancianos, o establecimientos usados principalmente para la reclusión o tratamiento de adictos a drogas, o alcohólicos.

LA LEY: El presente contrato se regirá por la Ley y jurisdicción hondureña

MÉDICO: Significa solamente un 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. 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: Significan drogas dispensadas por una droguería legalmente autorizada, que cuente con un número de Registro Sanitario y comercializadas a través de una Farmacia legalmente establecida y autorizada como tal.

Se consideran medicinas aquellas que ya han sido autorizadas por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional y no aplican bajo esta definición las drogas cuando estas estén en la etapa experimental

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS: Costo o valor en dinero que para efectos de este contrato tiene un servicio dado de atención médica, hospitalaria, de laboratorio, medicamento, suministro o insumo médico que en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instalaciones donde es prestado el servicio médico, equipo médico hospitalario, las circunstancias de tiempo, lugar y costo de utilización, no exceden del costo o valor promedio que se maneja en el mercado donde es brindado ese tipo de servicio o suministro médico. Los honorarios médicos serán cancelados con base a la tabla de Honorarios Médicos establecida por la Compañía.

Por lo tanto, el monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta Póliza, no podrán 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.

Adicionalmente, un cargo usual, razonable y acostumbrado es aquel que no saca ventaja del estado de necesidad del consumidor.

HOSPITAL Y/O MEDICO DE LA RED: Significa los hospitales, médicos, farmacias o droguerías que tiene contrato de común acuerdo con la compañía de seguros para proveer servicios médicos, hospitalarios y suministros médicos a los asegurados, de acuerdo a las condiciones estipuladas en el presente contrato.

Los proveedores serán nombrados por la compañía de seguros quienes brindarán la lista ellos a sus asegurados y puede ser modificada de acuerdo a la conveniencia de La Compañía, dichos proveedores deberán adherirse a las condiciones de costos por servicios establecidas por la compañía de seguros.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES: Son aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura para cada Asegurado, tenga o no conocimiento del mismo. También se consideran padecimientos preexistentes aquellos por los cuales se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que dicho padecimiento tuvo inicio en fecha anterior a la contratación de la Póliza, para cada Asegurado; cualesquiera que sean sus causas y/o complicaciones.

PADECIMIENTOS CONGENITOS: Alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en algún órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, pudiendo ser evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

PERIODO DE ESPERA: Es el lapso predeterminado e ininterrumpido de tiempo, a partir del inicio de vigencia de la Póliza, que debe transcurrir para cubrir ciertos padecimientos.

MAXIMO VITALICIO: Es la cantidad que representa el límite máximo de responsabilidad por cada Asegurado, y que se reembolsará por una o más Enfermedades o Accidentes cubiertos durante la vigencia de la póliza.

Esta suma máxima irá disminuyendo automáticamente en la cantidad o cantidades que se hayan pagado por las distintas reclamaciones. ya sea que haya habido o no alguna interrupción en la continuidad del seguro o haya estado cubierto alguna vez como titular y otra como familiar dependiente. Esta suma máxima se reducirá en un 50%, al cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años del Asegurado.

CLAUSULA No. 5 LIMITES 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.

. CLAUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado 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.

CLAUSULA No. 7 PAGO DE PRIMA

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

CLAUSULA No. 8 VIGENCIA

La vigencia de este Contrato será de un (1) año entrando en vigor desde la fecha estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 año.

CLAUSULA No. 9 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 tres (3) 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 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.

CLAUSULA No. 10 AVISO DEL SINIESTRO

Es obligación del Asegurado 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.

RECLAMACION DE SINIESTROS: En toda reclamación, el Asegurado deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro. El Asegurado 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 Asegurado tiene 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 otorgara 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.

Las indemnizaciones que resulten conforme al presente Contrato serán liquidadas en el curso de los treinta (30) días naturales 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 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.

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

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 de la misma. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Co-Aseguro será la participación total del Asegurado.

CLAUSULA No. 11 TERMINACIÓN ANTICIPADA

Cualesquiera de las partes tendrán 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.

CLAUSULA No. 12 RENOVACIÓN

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

CLAUSULA No. 13 PRESCIPCION

De acuerdo con el Artículo 1156 del Código de Comercio de la República de Honduras, todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en los Artículos 1157 y 1159 del mismo Código.

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que le de origen.

El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que hayan llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

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

CLAUSULA No. 14 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus contratantes 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 no podrá pronunciarse en caso de litigio salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLAUSULA No. 15 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.16 OTROS SEGUROS

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores la existencia de los otros seguros.

CLAUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD

La presente Póliza cubre al Asegurado en cualquier país del mundo.

CLAUSULA No. 18 EDAD

EDAD: El Asegurado Titular deberá de ser mayor a 21 años de edad. La Compañía no aceptará el ingreso a esta Póliza a personas mayores de 64 años.

La cobertura se extiende al Asegurado titular y cónyuge hasta los de 75 años de edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, se procederá de la siguiente forma:

- a) Si la edad real se encuentra fuera de los límites establecidos por la Compañía, el seguro dejará de surtir efecto y se reintegrará al Asegurado o Contratante el 70% de la prima que hubiere pagado en el periodo del seguro en curso, siempre y cuando no haya presentado reclamos.
- b) Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, la Compañía reembolsará el 70% de la prima que en exceso hubiere pagado el Asegurado o Contratante, dentro del período de seguro en curso.
- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, en caso de alguna reclamación la obligación de la Compañía para con el Asegurado será igual a la que la prima pagada hubiera podido comprar de acuerdo a la edad real.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso, habrá la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas sobre la edad del Asegurado.

La cobertura cesará automáticamente a las 12:00 horas meridiano del día en el que el asegurado principal o sus dependientes alcancen la edad máxima de permanencia en la póliza.

El Contratante y/o asegurado solo tendrán derecho a la devolución de la prima que por dichos asegurados hubiese pagado en el año póliza siempre que la compañía no haya efectuado el pago de reclamos.

CLAUSULA No. 19 PERIODO DE GRACIA

En el caso de renovaciones, el Asegurado gozarán de 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.

CLAUSULA No. 20 REHABILITACIÓN

El 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.

CLAUSULA No. 21 OTRAS DISPOSICIONES

EXENCION DE OBLIGACIONES

La Compañía quedará desligada de sus obligaciones si:

- a) Se omite la declaración del siniestro y el Informe Médico a fin de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b) Se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro, o se niega la autorización para obtener la información de otras fuentes.
- c) No se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro.

MODIFICACIONES AL CONTRATO: Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá solicitar la rectificación correspondiente dentro de los 30 días siguientes al inicio de la vigencia del seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

CLAUSULA No. 22 ENDOSO DE EXCLUSIÓN 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 Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que La Aseguradora deberá de informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLAUSULA No. 23. 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.