

**CARÁTULA DE POLIZA
GASTOS MEDICOS COLECTIVO**

**Póliza No. GM088-00000018
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO
VIGENCIA:**

**DESDE: 28 DE MAYO DE 2022 A LAS 12:00 Meridiano
HASTA: 28 DE MAYO DE 2023 A LAS 12:00 Meridiano**

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre: INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO
RTN: 08019011419011
Dirección: Colonia 15 de Septiembre, Comayaguela, M.D.C
Número de Teléfono: (504) 2234-2177, 2234-2522, 2234-2244
Grupo Asegurado: Agremiados del Instituto de previsión social del profesional del derecho

COBERTURAS AMPARADAS

RIESGOS CUBIERTOS

Gastos médicos por Enfermedad o Accidente.

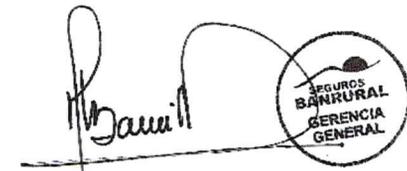
COBERTURAS

- Reembolso de gastos médicos
- Reembolso o pago directo a proveedores de gastos hospitalarios
- Límite geográfico: Centroamérica.

Titulares: Contributiva

SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A. con domicilio en Ciudad de Tegucigalpa, al recibir pruebas fehacientes de la ocurrencia del siniestro de cualquiera de los miembros de la colectividad asegurada, pagará el importe de la(s) cobertura(s) que procedan de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza. La Póliza entra en vigor en la fecha de inicio arriba indicada. Las primas son pagaderas por el Contratante al inicio de la vigencia en la periodicidad de pago contratada.

En testimonio de lo cual SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A. firma la presente Póliza en la Ciudad de Tegucigalpa M. D.C., Honduras C. A. el 08 de Junio del 2022.


Firma Autorizada
SEGUROS BANRURAL, S.A.

CONDICIONES ESPECIALES



**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO
POLIZA NO. GM088-00000018**

VIGENCIA:

**DESDE: 28 DE MAYO DE 2022 A LAS 12:00 Meridiano
HASTA: 28 DE MAYO DE 2023 A LAS 12:00 Meridiano**

INTERES ASEGURABLE: Agremiados del Instituto de previsión social del profesional del derecho.

BASE DEL SEGURO:

“Contributivo”

RIESGOS CUBIERTOS

Gastos médicos por Enfermedad o Accidente.

COBERTURAS

- Reembolso de gastos médicos
- Reembolso o pago directo a proveedores de gastos hospitalarios
- Límite geográfico: Cobertura Centroamericana.

DEFINICIONES:

ACCIDENTE:

Es la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente lesiones corporales que requieran tratamiento médico o quirúrgico.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará accidente cubierto:

- La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
- Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas, medicamentos o alimentos.

CONDICIONES ESPECIALES



ENFERMEDAD:

Alteración involuntaria de la salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea dictaminado por un médico y que haga precisa la asistencia de un facultativo en la Materia.

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como un sólo evento.

ASEGURADO:

Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado.

MAXIMO VITALICIO:

Es la cantidad que representa el límite máximo de responsabilidad de la compañía por cada Asegurado, y que reembolsará por una o más Enfermedades o accidentes cubiertos, mientras goce de cobertura en la póliza, una vez agotada la suma máxima, la compañía procederá a dar de baja al cliente asegurado

Esta suma máxima irá disminuyendo automáticamente en la cantidad o cantidades que se hayan pagado por las distintas reclamaciones, ya sea habido o no alguna interrupción en la continuidad de seguro o haya estado cubierto alguna vez como afiliado y otra como familiar dependiente.

DEDUCIBLES:

Es el monto que cada asegurado debe seguir por cuenta propia en un evento o bien debe acumular durante el año póliza por razón de gastos elegibles cubiertos y que está indicado en estas condiciones particulares.

Después de satisfecho el deducible la compañía de seguros pagara a cada asegurado o dependiente elegible el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza. Ni el coaseguro, ni el copago, con los que la persona asegurada o dependiente elegible participa en los gastos elegibles, podrán ser usados para satisfacer el deducible.

El deducible tiene que ser satisfecho por persona por cada año póliza.

COASEGURO:

De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado después de descontado el deducible.

GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS

Se entenderán como tales, aquellos cuyo monto o valor han sido fijados entre los prestadores de servicios médicos y La Aseguradora 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.

CONDICIONES ESPECIALES



ELEGIBILIDAD:

Todos los afiliados existentes y reportados por el INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO, con una edad de ingreso desde los 18 hasta el cumplimiento de los 70 años. La edad de permanencia se extiende hasta el cumplimiento de los 80 años.

Únicamente tendrán cobertura hasta el cumplimiento de los 85 años las personas que estén dentro del listado inicial y que tengan cobertura continua desde la vigencia anterior.

Condiciones:

- El asegurado deberá de llenar siempre la solicitud de Inscripción, y someterla al análisis de la Compañía.

1. CAMBIOS EN LA COBERTURA DEL SEGURO:

Cualquier cambio en la cobertura del Seguro será efectivo a partir de la fecha en que la Compañía reciba la notificación por escrito del Contratante y la misma sea autorizada por la compañía.

2. TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL:

El Seguro terminará automáticamente en la fecha en que el mismo cumple los 80 años, por consiguiente, la Compañía queda liberada de toda obligación por el acaecer del Riesgo y 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.

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 efectuada el pago de reclamos.

3. COBERTURA DE SEGURO

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de un padecimiento cubierto, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, LA COMPAÑÍA pagará o reembolsará los gastos por los

CONDICIONES ESPECIALES



siguientes conceptos hasta la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, ajustándola previamente en su caso al deducible y coaseguro, así como las limitaciones consignadas en la póliza. El importe por concepto de los honorarios médico-quirúrgicos será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médico-quirúrgicos, según el plan contratado y zona geográfica de contratación, si el pago se realiza vía reembolso.

Para la póliza se ha establecido una prima en estas Condiciones Particulares y todo gasto está sujeto a los Deducibles, Exclusiones y Limitaciones, Máximo Vitalicio y demás condiciones para esa cobertura contenidas en las condiciones particulares y en las condiciones generales, prevaleciendo las primeras sobre las segundas y lo que no se especifique en las particulares, se aplicaran las condiciones generales.

Los beneficios que son efectivos en la fecha efectiva de la póliza son los que se detallan a continuación si no se detalla cantidad alguna en estas condiciones especiales, no se proporciona cobertura alguna.

A continuación, se expone el plan de aseguramiento.

Tabla De Beneficios:	
Coberturas	Centroamericana
Máximo Vitalicio	L. 500,000.00
Reducción Máximo Vitalicio a los 70 años 50%	Aplica únicamente para nuevos ingresos
Máximo Vitalicio por Gastos de SIDA 50%	L. 250,000.00
Cuarto y Alimentos dentro de C.A.	L. 800.00
Deducible (Año póliza).	L. 2,500.00
Coaseguro	60% / 40%
Control ginecológico	2 veces al Año (40 años)
Mamografía	1 vez al Año (40 años)
<u>Maternidad como cualquier incapacidad</u>	
Periodo de Espera para nuevos ingresos: Seis Meses.	Amparado
<u>Consulta Médica: valor Elegible</u>	
Médico General	L. 800.00
Médico Especialista	L. 1,100.00
Médica Cardiólogo y Neurólogo	L. 1,200.00
Examen PSA una vez al año (40 Años)	Amparado

CONDICIONES ESPECIALES



Extracción de terceras morales impactadas	L. 1,500.00
<u>Ambulancia Terrestre</u> Vía Asistencia y Hasta L. 1,500.00; previa autorización por parte de la compañía	Amparado
Continuidad de cobertura para el traslado inicial de la póliza.	Amparado
Periodo Máximo para la presentación de reclamos	180 días
<u>Ambulancia Aérea</u> Para traslados del Extranjero	\$ 3,000.00
Medicamentos y material quirúrgico requerido mediante atención en hospitales públicos	Amparado mediante diagnóstico y prescripción médica
Período de Espera para Enfermedad Preexistentes (Aplica para Nuevos Ingresos)	12 meses
Período de Espera para Enfermedades Graves (Aplica para Nuevos Ingresos)	24 meses
Asistencia Médica Con Clínicas EPS	Amparado
Red de Hospitales	40% Coaseguro
Red de Médicos	40% Coaseguro
<u>Red de farmacia</u> Mínimo de Compra de L. 2,500.00 Máximo de Compra de L. 5,000.00	40 % Coaseguro

- **El pago de reembolsos quedara sujetos al ARANCEL DE REDHSA.**

DETALLE DE PAGO MENSUAL POR AFILIADO

Categoría Única	L. 750.00 (Mensuales)
-----------------	-----------------------

CONDICIONES ADICIONALES

- a) Los reclamos de gastos médicos serán liquidados en un tiempo de quince (15) días hábiles contando a partir de que el asegurado entregue todos los documentos completos a la aseguradora, cuando sean ingresados por segunda vez.
- b) La vigencia de las recetas de medicamentos de uso continuo será de 6 meses.

CONDICIONES ESPECIALES



c) Coordinación de Beneficios

Si el asegurado al momento de iniciar la cobertura bajo esta póliza tiene otro (s) plan de gastos médicos similar con otra (s) compañía (s), un plan cubrirá en su totalidad los beneficios en el contratado como pagador primario y el otro plan pagará beneficios como pagador secundario.

La coordinación de beneficios aplicara de la siguiente forma:

- Otro (s) plan de gastos médicos similar con otra (s) compañía (s), será el plan primario.
- El plan de gastos médicos amparado bajo esta póliza será el plan secundario.

La coordinación de beneficios se aplicará bajo las siguientes reglas:

En el caso del deducible y el coaseguro de los gastos cubiertos en el plan primario, se pagarán en un 100%.

Los gastos no cubiertos en el plan primario y excesos ya sea en honorarios médicos o cualquier otro servicio, no estarán sujetos a coordinación de beneficios.

Si un asegurado bajo esta póliza, está cubierto también bajo otro plan emitido por SEGUROS BANRURAL, e incurre en gastos elegibles en ambas pólizas, se aplica las reglas mencionadas en los párrafos anteriores y se usara con un plan primario la póliza donde el asegurado tenga mayor antigüedad.

Para realizar la coordinación de beneficios el asegurado deberá presentar a seguros Banrural, copia de los documentos del reclamo y copia de la liquidación del reclamo, realizada por la otra compañía de seguros.

- d) Podrán incluirse y excluirse asegurados en todo momento, mediante una solicitud escrita por parte del contratante reportando el movimiento, por cada inclusión se debe presentar la solicitud de inscripción de colectivo de gastos médicos y adjuntar copia del DNI del asegurado, las primas se cobrarán a prorrata en base a meses completos según la fecha de ingreso del asegurado a la póliza.
- e) En caso de bajas, es responsabilidad del contratante hacer la retención del carnet de GM al asegurado excluido, ya que el contratante se hará responsable ante la compañía de seguros, por cualquier gasto ocasionado por el asegurado excluido con fecha posterior a la fecha de la baja en la póliza.

PREEXISTENCIAS

Se otorga continuidad de cobertura para los asegurados, cuya cobertura haya estado vigente y continua en la compañía de seguros anterior.

CONDICIONES ESPECIALES



El periodo de espera enfermedades preexistentes No Graves declaradas y aceptadas por la compañía será de 12 meses, para las enfermedades graves será de 24 meses; mismas que aplican para nuevos ingresos.

CONTINUIDAD DE COBERTURA

Se refiere a la obligación que tiene la compañía de mantener cobertura a enfermedades preexistentes declaradas y elegibles, las cuales ya hayan cubierto sus respectivos periodos de espera o hayan sido aceptadas en la compañía anterior, en los casos que no hayan cubierto este periodo, deberán cumplir con los respectivos periodos de espera que sean elegibles en nuestra compañía. también se aplican las exclusiones de la póliza.

Para tener el beneficio de continuidad de cobertura, el asegurado debe tener cobertura ininterrumpida en la vigencia anterior y haber sido incluidos en el traslado inicial en nuestra compañía.

PRECERTIFICACIONES

Pre-certificación medica en Honduras. Todas las hospitalizaciones o cirugías programadas y/o exámenes de diagnóstico especializados cuyo costo sea mayor a los L. 3,000.00 deberá ser pre-certificadas con al menos 3 días hábiles antes de su realización, para ser evaluadas y aprobadas por la compañía; cualquier ampliación de tratamiento que no guarde relación con la pre-certificación aprobada, deberá notificarse a la compañía para su debida aprobación.

- a) En el caso de Maternidad, se sugiere pre-certificar con al menos 20 días previos al parto, para evitar inconvenientes en caso de que el mismo se adelante o se atrase.
- b) Para cualquier procedimiento programado o electivo, la compañía se reserva el derecho de solicitar una segunda y/o tercera opinión médica.
- c) De no cumplir con el procedimiento de pre-certificación médica, el asegurado deberá pagar el total de la cuenta y presentarla para su reembolso, en este caso los gastos elegibles se reembolsarán al 50% en base a los costos razonables y acostumbrados.
- d) El procedimiento de pre-certificación no aplicará en caso de emergencias y accidentes.
- e) Pre-certificación Fuera de Honduras. Los gastos médicos incurridos fuera de Honduras se reembolsan cuando el asegurado haya sido remitido por el Médico de cabecera para recibir tratamiento en el exterior por no poderse llevar a cabo dentro del país, en cual deberá ser pre-certificado a la compañía para su debida autorización y con al menos 5 días previos al viaje.

CONDICIONES ESPECIALES



En caso de aplicarse el tratamiento sin la debida autorización y posterior al viaje se presente el reclamo, el mismo será reembolsado al 50% después de aplicarse el deducible correspondiente.

MATERNIDAD

Gastos de maternidad pre-post natal, sala, parto normal, cesárea, aborto espontáneo no provocado intencionalmente.

COVID-19

No aplica periodo de espera para los asegurados que presenten su carnet con el esquema de vacunación completo contra la COVID-19. Para los asegurados que no hayan completado el esquema de vacunación, aplicará un periodo de espera de 6 meses. En cualquier caso, se otorga la cobertura hasta el máximo vitalicio.

CLAUSULA DE CONTROVERSIA

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

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

REVISION TRIMESTRAL

Se realizará una revisión trimestral de la siniestralidad de la póliza, en el entendido que, si la siniestralidad es igual o mayor al 70%, la compañía de seguros se reserva el derecho de realizar un aumento de las tarifas. Adicional se realizará un análisis del comportamiento de la cartera en cuanto al número de asegurados, en base a que la tarifa de seguro se realizó en base a 3,321 asegurados.

REVISION DE SINIESTRALIDAD ANUAL

Se realizará una revisión de la siniestralidad de la póliza al vencimiento de la primera anualidad, en el entendido que, si la siniestralidad es igual o mayor al 70%, la compañía de seguros se reserva el derecho de realizar un aumento de las tarifas, pudiendo aplicar hasta un 25% de recargo sobre la tarifa de la póliza, con el objetivo de estabilizar el resultado técnico.

CONDICIONES ESPECIALES



RED DE PROVEEDORES

La Red de Proveedores es un beneficio adicional. La compañía aseguradora se reserva el derecho a definir las condiciones para su uso, al igual que realizar modificaciones a la misma en cualquier momento, previo aviso de 30 días.

El asegurado no está en la obligación de utilizar los servicios de la Red de Proveedores de la compañía, puesto que tiene el derecho de presentar el reclamo de sus gastos médicos elegibles para su respectivo trámite de reembolso.

RED DE EPS

- Orientación Médica Telefónica 24 HORAS.
- Atención médica
- Traslados en Ambulancia (Tegucigalpa y San Pedro Sula).
- Consulta Externa con médicos generales en clínicas de atención primaria, ubicadas en los 18 departamentos del país (Según el anexo de red de proveedores)
- Suministro de medicamento para iniciar su tratamiento. (Medicamento de choque y tres (3) días de tratamiento).
- Conexión con Hospitales, Médicos y Centros de Diagnóstico para los casos en que el paciente deba ser trasladado.

RED DE FARMACIAS

- COASEGURO DE LA RED DE FARMACIAS ES DEL 40%
- Monto mínimo para hacer uso de la red de farmacia es L. 2,500.00
- Monto máximo para hacer uso de la red de farmacia es L. 5,000.00

La farmacia atenderá la solicitud del asegurado, requiriéndoles:

- a. El carné de Seguro Médico más un documento legal de identificación
- b. Las recetas extendidas por el médico deberán incluir en el reverso de estas el diagnóstico (sin manchones, alteraciones o tachaduras)
- c. Cubrir el COPAGO del 40% sobre el valor total de la factura.

SERVICIO RED DE HOSPITALES

Al producirse una enfermedad o accidente, el asegurado podrá obtener la atención médica necesaria en forma más rápida y fácil en hospitales teniendo la disponibilidad para lo cual se presentará una lista de hospitales de renombre y prestigio en nuestro país. Así mismo en las clínicas y médicos que puedan atender emergencias. Sin embargo, si el asegurado lo prefiere podrá obtener asistencia en cualquier hospital, clínica o médico que este a su alcance y presentar el reclamo para ser pagado vía reembolso.

CONDICIONES ESPECIALES



- La compañía cubrirá todos los gastos médicos en un sesenta por ciento (60%), automáticamente en los diferentes hospitales del país.
- Emergencias en el extranjero el asegurado deberá cancelar los gastos en el extranjero y presentar el reclamo vía reembolso, incluyendo todos los documentos originales que respalden el reclamo.
- En el caso de procedimientos programados para realizarse en el extranjero, el asegurado deberá pre-certificar y se autorizarán solo aquellos casos donde el paciente sea remitido por su médico de cabecera y que el procedimiento no pueda ser realizado en el país.
- Servicios y Suministros hospitalarios.
- Mínimo de L.2,000.00 para emergencia.
- La compañía pagará el sesenta (60%) del valor asegurado y el hospital mandará a dicha compañía los documentos de la enfermedad debidamente refrendado por el médico que asistió al paciente con el número y sello otorgado por el colegio médico de honduras, para el cobro respectivo al hospital.
- El cuarenta por ciento (40%) lo pagará el paciente al momento de darle el alta.
- Las intervenciones quirúrgicas y exámenes médicos especiales URGENTES se realicen sin autorización previa.
- Para efecto de cálculo de gastos médicos a reconocer se deberá tomar como base el valor del sub limite otorgado, según sea consulta general o especializada, independientemente del número de consultas que asista.
- No se aplicará deducible en las hospitalizaciones dentro de la red.

EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre gastos médicos u hospitalarios, ni los beneficios de las coberturas adicionales como consecuencia de:

1. Los gastos originados por enfermedades preexistentes.
2. Cualquier gasto generado fuera del territorio nacional. (Excepción si la póliza cuenta con cobertura a nivel centroamericana u otra delimitación territorial.)
3. Los gastos originados por malformaciones o enfermedades congénitos.
4. Los gastos originados por cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico; estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje cualquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas.

CONDICIONES ESPECIALES



5. Tratamientos y medicamentos para una incapacidad surgida a consecuencia de un accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de cobertura de un asegurado bajo la presente póliza.
6. Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño, aprendizaje, epilepsia.
7. Tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol; siempre y cuando, en este caso se compruebe mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran mayores al límite establecido en la Ley de Penalización de la Embriaguez Habitual.
8. Los gastos originados por tratamiento de calvicie, anorexia, bulimia, control de peso y acné.
9. Gastos por tratamientos hormonales.
10. Tratamientos y medicamentos del síndrome de climaterio, menopausia, y/o andropausia y sus complicaciones.
11. Tratamientos dietéticos, médicos, farmacológicos y/o quirúrgicos para reducción de peso o control de obesidad, cualquiera que sea su causa, aunque sean recetados por un médico autorizado, vacunas preventivas.
12. Gastos por tratamientos médicos que no sean necesarios.
13. Gastos que no hayan sido prescrito por un médico legalmente autorizado.
14. Los gastos originados por intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones, entendiéndose también como una de este tipo de tratamientos el embarazo múltiple, parto prematuro o abortos voluntarios, provocados o inducidos.
15. En el caso de trasplante de órganos no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, así como cualquier tipo de gratificación o remuneración que reciba.
16. Los gastos originados por tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía originados previo al periodo de espera de 24 Meses.
17. Los gastos originados por anteojos y lentes de contacto.

CONDICIONES ESPECIALES



18. Los medicamentos para la disfunción eréctil, así como todos aquellos productos que se consideran complementos alimenticios, como los que se mencionan a continuación en forma enunciativa, mas no limitativa: vitaminas, proteínas, leches, fórmulas lácteas. Así como toda sustancia, suplemento o medicamento no autorizado por la Secretaría de Salud de Honduras para su venta y/o consumo.
19. Tratamientos que no son reconocidos por la practica medico científica, o tratamientos que no son aceptados por ser experimentales o de beneficios inciertos para el paciente:
 - Los realizados por acupunturistas, naturistas, vegetarianos, veganos y homeópatas. Así como el tratamiento médico o quirúrgico sobre la base de hipnotismo.
 - Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, naturistas, hipnotismos y trata experimentales o de investigación.
 - De naturaleza experimental o de investigación
 - Tratamientos en centros SAP e hidro clínicas.
20. Los gastos originados por tratamientos que requiera el Asegurado infectado por el VIH y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir 24 meses de cobertura continua e ininterrumpida con La Aseguradora; para el caso del recién nacido infectado con el VIH no se cubrirán dichos tratamientos ni gastos si la madre no cuenta con 24 meses de cobertura continua e ininterrumpida con La Aseguradora. Además de lo mencionado anteriormente, una vez transcurridos los 24 meses del periodo de espera no se cubrirán los gastos para el diagnóstico del VIH o SIDA, así como cualquier tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Hondureña para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud de Honduras.
21. Los gastos originados por cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los enfermedades, afecciones o intervenciones no cubiertas o excluidas en este contrato.
22. Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste que no esté autorizado por La Aseguradora.
23. Cualquier gasto en exceso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados, aunque tenga cobertura en la póliza.
24. Control de Niño Sano, incluyendo las vacunas de los dependientes y vitaminas de cualquier tipo. Excepto en los casos que esté definido como una cobertura adicional en las condiciones especiales, especificado en las coberturas.

CONDICIONES ESPECIALES



25. Cualquier exceso sobre los límites de cobertura establecidos en las condiciones particulares de la póliza.
26. Objetos de Confort Personal.
27. Tratamientos de Enfermedades de transmisión sexual. (se Excluye el VIH, ya que se otorga como cobertura, siempre y cuando supere los periodos de espera correspondientes).
28. Circuncisiones únicamente está cubierta en el caso de infecciones comprobadas.
29. Gastos no relacionados con el tratamiento como son: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas y cosméticos, alimentos de acompañante, caja fuerte, concepto de fianza, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de videograbadora, vídeo casete, control de televisión, wifi, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido perforación del lóbulo de la oreja y trámites del registro del bebe.
30. Los gastos originados por suicidio o conato de él, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
31. Lesiones autoinfligidas, mutilación voluntaria, y cualquier consecuencia de la acción voluntaria del asegurado que ponga en riesgo su salud o su vida, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.
32. Alquiler, compra o reposición de prótesis, órtesis, implantes, vaporizadores, nebulizadores, equipo para ejercicio.
33. Los gastos originados por lesiones producidas en riñas provocadas por el asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, terrorismo, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto. Cabe mencionar que para que las lesiones producidas por asalto no formen parte de esta exclusión, deberán ser notificadas a las autoridades correspondientes y serán consideradas como accidente.
34. Los gastos originados por las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.
35. Tratamientos por síndrome de fatiga crónica.

CONDICIONES ESPECIALES



36. Terapias o tratamientos para problemas de aprendizaje.
37. Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el crecimiento.
38. Gastos por concepto de alquiler o compra de equipo médico (No desechable) fuera del hospital, por ejemplo: muletas, sillas de ruedas, tanques de oxígeno, andadores, tocones para yeso, zapatos especiales u ortopédicos, cabestrillo, etc.
39. Los gastos originados por homicidio cuando resulte de la participación directa del asegurado en actos delictivos.
40. Los gastos originados por lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictivos.
41. No serán cubiertos los gastos originados por las cirugías con fines puramente estéticos o reconstructivos ni las complicaciones que deriven de las mismas, exceptuando las que sean a consecuencia de un accidente.
42. Los gastos originados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares.
43. Cualquier gasto que no esté dentro de las coberturas de la póliza.
44. No se cubre la responsabilidad civil a cargo de médicos, hospitales o cualquier prestador derivado del servicio recibido.
45. Afecciones que resulten o deriven de alcoholismo y/o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
46. Cualquier gasto derivado de una enfermedad en el que se haya requerido segunda valoración y ésta no se realice.
47. Exclusiones que figuren en las condiciones de esta póliza.
48. Gastos médicos en que se incurra cuando la póliza no esté vigente o haya sido cancelada.
49. Tratamiento médico o quirúrgico para corrección de pie plano, pie equino y hallux-valgus o juanetes.
50. Gastos por acné juvenil, ya sea este inflamatorio o no y verrugas vulgares; se cubrirán los gastos de acné juvenil siembre y cuando exista una valoración, evaluación y autorización medica por parte de Seguros Banrural Honduras S.A.

CONDICIONES ESPECIALES



51. Cualquier enfermedad y/o complicación causada por negligencia del personal médico tratante, incluyendo las enfermedades y complicaciones derivadas de la mala praxis médica.
52. Cualquier tratamiento o complicación por la enfermedad de Chagas.
53. Los gastos originados por tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del asegurado por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado.
54. No serán cubiertos los gastos originados por las lesiones que sufran los asegurados:
 - a. Como ocupante de cualquier vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
 - b. En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor. (a excepción en los casos en los cuales el asegurado lo utilice como medio de transporte).
 - c. Lesiones o enfermedades causadas por; la práctica de deportes extremos y/o peligrosos como ser; de Charrería, Tauromaquia, Paracaidismo, motocross, alpinismo, jaripeo, esquí, salto de bungee, canopy, buceo, paracaidismo y otros.
55. Las exclusiones ya establecidas en las coberturas otorgadas.
56. Los gastos que sobrepasen los límites establecidos en las coberturas otorgadas.

CLÁUSULA 30. Endoso de Exclusión LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

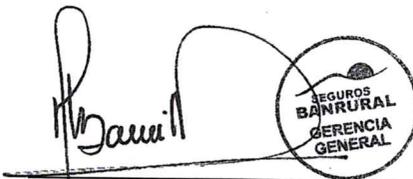
Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia

CONDICIONES ESPECIALES



de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

Extendido en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio Distrito Central, el 08 de Junio del 2022.


SEGUROS BANRURAL, S.A.
Representante Legal



**POLIZA DE GASTOS MEDICOS COLECTIVO
CONDICIONES GENERALES
SEGUROS BANRURAL HONDURAS S.A.
MONEDA: LEMPIRAS**

Seguros Banrural, Honduras, S.A., con domicilio en Tegucigalpa M.D.C.; República de Honduras C.A.; en adelante referida como La Aseguradora de conformidad con esta Póliza, sus Condiciones Particulares, la Solicitud del CONTRATANTE y el pago de la prima correspondiente se compromete, en caso de la ocurrencia de un evento cubierto, a prestar los beneficios establecidos en las coberturas contratadas.

CLÁUSULA 01. CONFORMIDAD DEL CONTRATO

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 hubiera recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la Póliza o contrato.

CLÁUSULA 02. CONFORMIDAD DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro queda constituido por la Solicitud de Seguro firmada por el Contratante, la caratula de la póliza, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y los Anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere, y establecen la relación entre el Asegurado y Seguros Banrural Honduras, S.A. (En adelante denominada La Aseguradora).

CLÁUSULA 03. COBERTURAS

La Aseguradora reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos elegibles por enfermedad y accidente incurridos por el asegurado y sus dependientes asegurados, siempre que estos hayan sido reportados a la Aseguradora y se encuentren en los listados declarados de la póliza.

Todo gasto médico-hospitalario, será reconocido siempre que sea necesario para el restablecimiento de la salud del asegurado o sus dependientes, siempre que no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados. Se considera normal, razonable y acostumbrado, cuando no exceda del promedio que se maneje en la localidad donde es prestado el servicio o suministro médico hospitalario

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de una enfermedad cubierto, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, La Aseguradora pagará o reembolsará los gastos, siempre y cuando los mismos tengan cobertura, estén dentro de los costos razonables y acostumbrados y no excedan de los límites establecidos.



CLÁUSULA 04 DEFINICIONES

LA ASEGURADORA. En lo sucesivo se entenderá por **La Aseguradora a Seguros Banrural Honduras, S.A**

ABORTO INVOLUNTARIO (espontáneo). Ocurre cuando se interrumpe el embarazo antes de la semana 20 de gestación (133 días) con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la concepción (placenta, membranas o feto menor a 500 gramos) según la Organización Mundial de la Salud- OMS, éste será dictaminado por un médico especialista en la materia.

AÑO CALENDARIO. Es el período comprendido entre el uno (1) de enero y el treinta y uno (31) de diciembre de cualquier año, ambas inclusive.

AÑO POLIZA. Es el periodo establecido dentro del primer día de vigencia de la póliza, hasta el día del vencimiento de la anualidad de la póliza. Esta estará definida en las condiciones especiales de la póliza.

ACCIDENTE. Es la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente lesiones corporales que requieran tratamiento médico o quirúrgico.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará accidente cubierto:

- La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
- Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas, medicamentos o alimentos.

ASEGURADO TITULAR. Es la persona natural que tiene el vínculo con el contratante de acuerdo con la definición de colectividad asegurable

CENTRAL MÉDICA. Servicio de asistencia telefónica que se otorga para cada integrante de la póliza, las 24 horas del día y durante los 365 días del año a nivel nacional. El servicio ofrecido se encuentra especificado en estas Condiciones Generales.

CESÁREA. Consiste en la obtención del producto de la gestación, placenta y membranas por medio de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina. Este procedimiento se indica cuando exista un trastorno o alteración con la madre o el producto el cual será dictaminado por un médico especialista en la materia. Los honorarios médicos quirúrgicos de este procedimiento estarán en función a lo establecido de acuerdo a lo usual, razonable y acostumbrado.

CIRUGÍA PROGRAMADA. Beneficio otorgado al asegurado cuando La Aseguradora confirma al asegurado y al prestador de servicios, antes de que ocurra la intervención quirúrgica, que efectuará el pago directo de los gastos procedentes que implique la atención del asegurado de acuerdo a los lineamientos vigentes en La Aseguradora.

COASEGURO. De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado después de descontado el deducible. El valor del Coaseguro contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza. El Coaseguro se aplicará de acuerdo a la descripción de la Cláusula 12 numeral 4, que se especifica en estas condiciones generales.

COBERTURA BÁSICA. La Aseguradora reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos elegibles por enfermedad y accidente incurridos por el asegurado y sus dependientes asegurados, siempre que estos hayan sido reportados a La Aseguradora y se encuentren en los listados declarados de la póliza.

Todo gasto médico-hospitalario, será reconocido siempre que sea necesario para el restablecimiento de la salud del asegurado o sus dependientes, siempre que no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados. Se considera normal, razonable y acostumbrado, cuando no exceda del promedio que se maneje en la localidad donde es prestado el servicio o suministro médico hospitalario.

CONTRATANTE. Persona Natural o Jurídica que celebra el contrato de seguro.

DEDUCIBLE. De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del asegurado.

DEPENDIENTES Podrá considerarse como tales a: cónyuge, compañero (a) de hogar, del titular, e hijos solteros menores a 23 años del titular incluidos en la póliza y que cumplan con la definición de colectividad asegurable.

ENFERMEDAD. Alteración involuntaria de la salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea dictaminado por un médico y que haga precisa la asistencia de un facultativo en la Materia.

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como un sólo evento.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará enfermedad cubierta, aplicando deducible y coaseguro:

- Hernias, protusión y eventraciones de cualquier tipo, cualquiera que sea su causa, incluyendo las ocasionadas por un accidente.
- Lesiones accidentales cubiertas por la póliza que NO hayan recibido atención médica dentro de los primeros 30 días de ocurridas.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS. Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, con independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento.



Para los fines y alcances de la cobertura que esta póliza ofrece, el conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo de gestación y den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un sólo evento.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE. Enfermedades contraídas y/o manifestadas antes de la entrada en vigor del Contrato de Seguro (cuya vigencia se consigna en la carátula de la póliza).

GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS

Se entenderán como tales, aquellos cuyo monto o valor han sido fijados entre los prestadores de servicios médicos y La Aseguradora 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. Se refieren a los costos razonables y acostumbrados de acuerdo a los costos que se manejan dentro del país.

HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. Es el pago que obtiene el profesional de la salud legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de este contrato.

HOSPITAL. Institución Jurídica de salud legalmente autorizada por la Secretaría de Salud de Honduras, para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

MÁXIMO VITALICIO: Es la cantidad que representa el límite máximo de responsabilidad de La Aseguradora por cada asegurado y que se reembolsará por una o más enfermedades o accidentes cubiertos, mientras goce de cobertura en la póliza, una vez agotada la suma máxima, La Aseguradora procederá a dar de baja al asegurado.

Esta suma máxima ira disminuyendo automáticamente en la cantidad o cantidades que se hayan pagado por las distintas reclamaciones.

MÉDICO. Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no sea familiar del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado, que puede ser Médico General, Especialista Certificado y/o Cirujano Certificado.

PARTO NORMAL. El parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. Es la etapa final del embarazo caracterizada por la expulsión del producto vía vaginal pasando por las diferentes etapas del mismo y en el tiempo estimado (según características y antecedentes de la madre) sin ninguna complicación tanto para el producto como para la madre.

PARTO PREMATURO. Ocurre cuando se obtiene un producto entre las semanas 20 y 37 de gestación como consecuencia de la ruptura de membranas, dilatación cervical con contracción uterina.





PERÍODO DE ESPERA. Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir para que entre en vigencia la cobertura de las enfermedades que se enuncia en el apartado. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera, este periodo de espera opera para cada asegurado.

PRÓTESIS Y/O ORTESIS. Pieza o dispositivo que reemplaza a un órgano, miembro y que tiene la finalidad de adoptar de forma total o parcial la funcionalidad del órgano o miembro original.

REEMBOLSO. Es la mecánica en la que el asegurado realiza el pago de los gastos médicos que implicaron su atención, los cuales posteriormente presenta a La Aseguradora para su dictamen y pago, sustentándolos con originales de las facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes, así como la información médica que avala el diagnóstico y atención recibida.

SOLICITUD DE SEGURO. Documento en el que el contratante detalla toda su información y quedan establecidas las condiciones básicas de la póliza contratada.

CLÁUSULA 05. EDAD

Son elegibles todas aquellas personas cuya edad no exceda a los 65 años, la cobertura se extiende hasta el cumplimiento de los 70 años.

Límite de edad para Cónyuges: Hasta el cumplimiento de 70 años

Límite de edad para Hijos: 19 años (edad máxima de ingreso)

Si por razón de cursar estudios universitarios a tiempo completo, estudios secundarios en establecimientos legalmente autorizados, este dependa económicamente del titular y sin progenie, la cobertura se extenderá hasta el cumplimiento de los 23 años, para tal efecto deberán adjuntar la forma de estudio de colegio o universidades reconocidas y estudiando a tiempo completo en jornada diurna, La Aseguradora tendrá el derecho de solicitar dicha forma actualizada.

Edad mínima de inclusión de hijos: 1 día de nacido.

CLÁUSULA 06. OBLIGACIONES AL CONTRATANTE

El Contratante quien es el responsable ante La Aseguradora de cumplir con los requerimientos que está solicite por cada uno de los asegurados deberá cumplir con los siguientes incisos:

1. Comprometerse en completar la información de solicitud y documentación personal de cada asegurado amparado en la póliza.
2. Recolectar la prima de seguro correspondiente al periodo convenido.
3. Efectuar el pago puntual de las primas recaudadas ante La Aseguradora.
4. Recibir y entregar a cada asegurado el certificado individual de aseguramiento.
5. Reportar las altas y bajas de personal en el tiempo oportuno a fin de limitar la responsabilidad de primas y siniestros.
6. Dar a conocer a las personas que se van a asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.





7. Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por La Aseguradora.
8. Entregar certificado individual a cada persona del grupo asegurado.

Ingreso de nuevos asegurados: Se otorgan 30 días al Contratante para reportar los nuevos asegurados a La Aseguradora a partir de la fecha en que el empleado inicia sus labores, durante este plazo se tomara como fecha de ingreso a la póliza la fecha en que el empleado inicie sus labores.

Condiciones:

- El asegurado deberá de llenar siempre la solicitud de inscripción, y someterla al análisis de La Aseguradora
- Transcurridos los 30 días, se tomará como fecha de ingreso a la póliza la fecha en la que fue recibida la solicitud de La Aseguradora.

CLÁUSULA 07. PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante quien es el responsable ante La Aseguradora de cumplir con los requerimientos que está solicite por cada uno de los asegurados deberá evitar lo siguiente:

1. Presentar información falsa de los asegurados a La Aseguradora
2. No efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada por la Compañía
3. No pagar en su debido momento a la aseguradora la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.
4. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de La Aseguradora y que pertenece al asegurado o a sus beneficiarios.

CLÁUSULA 08. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurador no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiere conocido el verdadero estado de salud del asegurado, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave.

La Aseguradora perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los veinticuatro (24) meses siguientes al día que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

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

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





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

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

CLÁUSULA 09. PAGO DE PRIMA

El monto de la prima a pagar es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los Asegurados del Grupo Contratante en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha. Las primas se pagarán al momento de la celebración del contrato. El Asegurado podrá optar por las modalidades de pago anual, semestral, trimestral y mensual.

Las primas de seguros serán colectadas por el Contratante quien será el responsable ante La Aseguradora por el pago de las mismas, de acuerdo a la modalidad y forma de pago concertada.

Si la prima no fuere, pagada dentro de los plazos establecidos en el contrato o en los legales, los efectos del seguro no podrán suspenderse sino quince días (15) después del requerimiento respectivo al asegurado, el cual podrá hacerse por medio de carta certificada con acuse de recibo, dirigida al propio asegurado o a la persona encargada del pago de las primas, al último domicilio conocido por el asegurador.

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

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

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

La rescisión podrá hacerse por medio de una declaración de La Aseguradora dirigida al asegurado con carta certificada con acuse de recibo. Si el contrato no fuere resuelto producirá todos sus efectos desde el día siguiente a aquel en que se hubieren pagado la prima y los gastos realizados para su cobro.

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





CLÁUSULA 10. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

La responsabilidad máxima de la Compañía no excederá de la suma asegurada, ni los límites o sub-límites fijados para cada cobertura descritos en las Condiciones especiales de la Póliza.

La Aseguradora indemnizará los gastos en los que incurra el asegurado por enfermedad o accidente hasta el límite contratado, reduciendo en igual cantidad la suma asegurada en la vigencia donde se inició y ocurrió la causa que les dio origen, siendo reinstalada previo pago para otras enfermedades diferentes que hayan ocurrido en la misma vigencia.

Las obligaciones de la aseguradora tendrán como límite lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la suma asegurada;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto a la enfermedad que haya afectado al Asegurado.
- d) La cobertura podrá ser a nivel nacional o centroamericano a solicitud del contratante.

Los límites de responsabilidad establecidos, estarán sujetos a los siguientes aspectos de indemnización:

Nivel Hospitalario. Cuando el asegurado acceda o reciba servicios de un hospital cuyos honorarios y gastos excedan de lo usual, razonable y acostumbrado, el asegurado será responsable por el excedente que resulte del valor reconocido por La Aseguradora y el valor cobrado en exceso por el Centro Hospitalario según se trate de un accidente o una enfermedad, por los gastos erogados en dicho hospital.

Pago Directo. Este beneficio se otorga al asegurado siempre y cuando la atención médica o quirúrgica de enfermedades cubiertos en el contrato se lleve a cabo directamente con médicos y hospitales en red.

Para que se otorgue este beneficio, el tratamiento médico o quirúrgico deberá rebasar el deducible contratado. El otorgamiento de este beneficio no exime al asegurado del pago de deducible y coaseguro mencionado en la póliza.

Este beneficio aplica sólo en hospitales en red y se extiende para la cirugía programada, siempre y cuando se realice la pre-certificación correspondiente. Se entiende como pre certificación, al hecho de que, en caso de tratamiento quirúrgico, el asegurado:

- a) Se comunique a Central Médica donde le indicarán los hospitales en los que opera el beneficio de Cirugía Programada,
- b) Envíe a La Aseguradora por lo menos con diez días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital, el informe médico, el aviso de accidente y/o enfermedad, la historia clínica y el resultado de estudios practicados incluyendo copia de la interpretación de los estudios radiológicos.
- c) Una vez recibida la información anteriormente requerida La Aseguradora resolverá en un plazo máximo de 5 días.





No se otorgará el beneficio de cirugía programada si el asegurado se realiza un tratamiento quirúrgico adicional al autorizado y no cubierto por las condiciones de la póliza.

Si al momento de la atención médica o quirúrgica de enfermedades cubiertas, la póliza no está pagada o para los casos de pago fraccionado existiera alguna fracción pendiente de pago, no operará el beneficio de Pago Directo ni Cirugía Programada.

Si el asegurado se realiza un procedimiento quirúrgico diferente y/o adicional al notificado a La Aseguradora, deberá avisar por escrito a ésta, de lo contrario, La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar el beneficio de Pago Directo, y aplicará el pago por reembolso.

Este beneficio de Pago Directo también opera para la "Cobertura Internacional", bajo los mismos lineamientos.

CLAUSULA 11. BENEFICIOS

1. DE RECLUSIÓN: BENEFICIO DIARIO Y CUIDADO INTENSIVO

BENEFICIO DIARIO:

Gastos razonables y acostumbrados hechos por el hospital a razón de cuarto y alimentación, siempre y cuando no exceda del límite diario establecido en las condiciones especiales de la póliza.

CUIDADO INTENSIVO:

Gastos razonables y acostumbrados hechos por el hospital, durante una reclusión del asegurado en una unidad de cuidado intensivo (UCI).

2. SERVICIO DE HOSPITALES:

Gastos elegibles y cubiertos generados por el asegurado en un hospital, siempre y cuando estén dentro de los límites de lo razonable y acostumbrado. Estos gastos se pueden originar por:

- Servicios o abastecimientos hechos al asegurado
- Anestésicos suministrados en el hospital, siempre y cuando estén indicados según el padecimiento, accidente y/o enfermedad del asegurado.
- No se pagarán cargos originados por enfermeras particulares, cuarto, comida, técnicos, médicos que no son empleados regularmente por el hospital.

3. SALA DE EMERGENCIA:

Si el asegurado a causa de una lesión corporal accidental y/o enfermedad, requiere atención por emergencia, la compañía pagará los gastos originados por estos servicios, siempre y cuando no exceda del máximo de suma por asegurado y los gastos estén dentro de lo razonable y acostumbrado.





4. CIRUGIA Y ANESTESIA

Si el asegurado requiere de este servicio, la aseguradora pagara los gastos relacionados con este servicio, siempre y cuando estén dentro de lo razonable y acostumbrado y se aplicara el método REDHSA.

REDHSA: Se aplicará el arancel de honorarios médicos red hondureña de servicios de salud.

5. CONSULTAS MEDICAS.

Consultas con especialistas competentes o médico general, según lo requiera el caso. Durante una incapacidad no se pagarán más de 6 consultas.

6. LABORATORIO Y RAYOS X PARA DIAGNOSTICO

Si un asegurado incurre en gastos a causa de una incapacidad por exámenes de rayos x para diagnósticos o pruebas de laboratorio, microscópicos o análisis, la compañía reembolsara los gastos relacionados, siempre y cuando se considere el deducible y los límites y copagos estipulados en la póliza

CLÁUSULA 12. EXCLUSIONES GENERALES

Esta póliza no cubre gastos médicos u hospitalarios, ni los beneficios de las coberturas adicionales como consecuencia de:

1. Los gastos originados por enfermedades preexistentes.
2. Cualquier gasto generado fuera del territorio nacional. (Excepción si la póliza cuenta con cobertura a nivel centroamericana u otra delimitación territorial.)
3. Los gastos originados por malformaciones o enfermedades congénitos
4. Los gastos originados por cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico; estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje cualquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas.
5. Tratamientos y medicamentos para una incapacidad surgida a consecuencia de un accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de cobertura de un asegurado bajo la presente póliza.
6. Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño, aprendizaje, epilepsia.



7. Tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol; siempre y cuando, en este caso se compruebe mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran mayores al límite establecido en la Ley de Penalización de la Embriaguez Habitual.
8. Los gastos originados por tratamiento de calvicie, anorexia, bulimia, control de peso y acné.
9. Gastos por tratamientos hormonales.
10. Tratamientos y medicamentos del síndrome de climaterio, menopausia, y/o andropausia y sus complicaciones.
11. Tratamientos dietéticos, médicos, farmacológicos y/o quirúrgicos para reducción de peso o control de obesidad, cualquiera que sea su causa, aunque sean recetados por un médico autorizado, vacunas preventivas.
12. Gastos por tratamientos médicos que no sean necesarios.
13. Gastos que no hayan sido prescrito por un médico legalmente autorizado.
14. Los gastos originados por intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones, entendiéndose también como una de este tipo de tratamientos el embarazo múltiple, parto prematuro o abortos voluntarios, provocados o inducidos.
15. En el caso de trasplante de órganos no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, así como cualquier tipo de gratificación o remuneración que reciba.
16. Los gastos originados por tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía originados previo al periodo de espera de 24 Meses.
17. Los gastos originados por anteojos y lentes de contacto.
18. Los medicamentos para la disfunción eréctil, así como todos aquellos productos que se consideran complementos alimenticios, como los que se mencionan a continuación en forma enunciativa, mas no limitativa: vitaminas, proteínas, leches, fórmulas lácteas. Así como toda sustancia, suplemento o medicamento no autorizado por la Secretaría de Salud de Honduras para su venta y/o consumo.
19. Tratamientos que no son reconocidos por la practica medico científica, o tratamientos que no son aceptados por ser experimentales o de beneficios inciertos para el paciente: Los realizados por acupunturistas, naturistas, vegetarianos, veganos y homeópatas. Así como el tratamiento médico o quirúrgico sobre la base de hipnotismo.

- Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, naturistas, hipnotismos y trata experimentales o de investigación.
 - De naturaleza experimental o de investigación
 - Tratamientos en centros SAP e hidro clínicas.
20. Los gastos originados por tratamientos que requiera el Asegurado infectado por el VIH y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir 24 meses de cobertura continua e ininterrumpida con La Aseguradora; para el caso del recién nacido infectado con el VIH no se cubrirán dichos tratamientos ni gastos si la madre no cuenta con 24 meses de cobertura continua e ininterrumpida con La Aseguradora. Además de lo mencionado anteriormente, una vez transcurridos los 24 meses del periodo de espera no se cubrirán los gastos para el diagnóstico del VIH o SIDA, así como cualquier tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Hondureña para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud de Honduras.
21. Los gastos originados por cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los enfermedades, afecciones o intervenciones no cubiertas o excluidas en este contrato.
22. Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste que no esté autorizado por La Aseguradora.
23. Cualquier gasto en exceso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados, aunque tenga cobertura en la póliza.
24. Control de Niño Sano, incluyendo las vacunas de los dependientes y vitaminas de cualquier tipo. Excepto en los casos que esté definido como una cobertura adicional en las condiciones especiales, especificado en las coberturas.
25. Cualquier exceso sobre los límites de cobertura establecidos en las condiciones particulares de la póliza.
26. Objetos de Confort Personal
27. Tratamientos de Enfermedades de transmisión sexual. (se Excluye el VIH, ya que se otorga como cobertura, siempre y cuando supere los periodos de espera correspondientes.
28. Circuncisiones únicamente está cubierta en el caso de infecciones comprobadas.
29. Gastos no relacionados con el tratamiento como son: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas y cosméticos, alimentos de acompañante, caja fuerte, concepto de fianza, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de videograbadora, vídeo casete, control de televisión, wifi, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido perforación del lóbulo de la oreja y trámites del registro del bebe.

30. Los gastos originados por suicidio o conato de él, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
31. Lesiones auto-infligidas, mutilación voluntaria, y cualquier consecuencia de la acción voluntaria del asegurado que ponga en riesgo su salud o su vida, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.
32. Alquiler, compra o reposición de prótesis, órtesis, implantes, vaporizadores, nebulizadores, equipo para ejercicio.
33. Los gastos originados por lesiones producidas en riñas provocadas por el asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, terrorismo, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto. Cabe mencionar que para que las lesiones producidas por asalto no formen parte de esta exclusión, deberán ser notificadas a las autoridades correspondientes y serán consideradas como accidente.
34. Los gastos originados por las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.
35. Tratamientos por síndrome de fatiga crónica
36. Terapias o tratamientos para problemas de aprendizaje.
37. Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el crecimiento.
38. Gastos por concepto de alquiler o compra de equipo médico (No desechable) fuera del hospital, por ejemplo: muletas, sillas de ruedas, tanques de oxígeno, andadores, tocones para yeso, zapatos especiales u ortopédicos, cabestrillo, etc.
39. Los gastos originados por homicidio cuando resulte de la participación directa del asegurado en actos delictivos.
40. Los gastos originados por lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictivos.
41. No serán cubiertos los gastos originados por las cirugías con fines puramente estéticos o reconstructivos ni las complicaciones que deriven de las mismas, exceptuando las que sean a consecuencia de un accidente.
42. Los gastos originados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares.
43. Cualquier gasto que no esté dentro de las coberturas de la póliza.
44. No se cubre la responsabilidad civil a cargo de médicos, hospitales o cualquier prestador derivado del servicio recibido.



45. Afecciones que resulten o deriven de alcoholismo y/o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
46. Cualquier gasto derivado de una enfermedad en el que se haya requerido segunda valoración y ésta no se realice.
47. Exclusiones que figuren en las condiciones de esta póliza.
48. Gastos médicos en que se incurra cuando la póliza no esté vigente o haya sido cancelada.
49. Tratamiento médico o quirúrgico para corrección de pie plano, pie equino y hallux-valgus o juanetes.
50. Gastos por acné juvenil, ya sea este inflamatorio o no y verrugas vulgares; se cubrirán los gastos de acné juvenil siembre y cuando exista una valoración, evaluación y autorización medica por parte de Seguros Banrural Honduras S.A.
51. Cualquier tratamiento o complicación por la enfermedad de Chagas.
52. Cualquier enfermedad y/o complicación causada por negligencia del personal médico tratante, incluyendo las enfermedades y complicaciones derivadas de la mala praxis médica.
53. Los gastos originados por tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del asegurado por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado.
54. No serán cubiertos los gastos originados por las lesiones que sufran los asegurados:
 - a. Como ocupante de cualquier vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
 - b. En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor. (a excepción en los casos en los cuales el asegurado lo utilice como medio de transporte).
 - c. Lesiones o enfermedades causadas por; la práctica de deportes extremos y/o peligrosos como ser; de Charrería, Tauromaquia, Paracaidismo, motocross, alpinismo, jaripeo, esquí, salto de bungee, canopy, buceo, paracaidismo y otros.
55. Las exclusiones ya establecidas en las coberturas otorgadas.
56. Los gastos que sobrepasen los límites establecidos en las coberturas otorgadas.

CLÁUSULA 13. VIGENCIA

El seguro tendrá una vigencia anual. El seguro amparado por esta Póliza vencerá automáticamente a la media noche de la fecha en que para su terminación se expresa en la Carátula de esta Póliza, podrá ser prorrogado a petición del Asegurado, pero la prorroga deberá constar en documento firmado por la Compañía y se registrá por las condiciones consignadas en el mismo.





CLÁUSULA 14. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración el riesgo no existía por no haber existido nunca, por haber desaparecido o por haberse realizado el siniestro. Sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de las partes contratantes, si ambas proceden de buena fe.

Si el riesgo dejare de existir después de la celebración del contrato este se resolverá de pleno derecho y la prima se deberá únicamente por el año en curso, a no ser que los efectos del seguro deban comenzar en un momento posterior a la celebración del contrato y el riesgo desapareciere en el intervalo, en cuyo caso La Aseguradora solo podrá exigir el reembolso de los gastos.

Es obligación del contratante notificar a La Aseguradora, en el plazo que este establezca, las agravaciones esenciales que tenga el riesgo asegurado durante la vigencia del seguro.

La agravación esencial del riesgo previsto, permite a La Aseguradora dar por concluido el contrato. La responsabilidad concluirá quince días (15) después de haber comunicado su resolución al asegurado.

CLÁUSULA 15. INGRESOS DE PERSONAS DEL GRUPO ASEGURADO

Pueden ingresar al grupo asegurado todas las personas que, formando parte activa del grupo asegurable, entreguen a la Aseguradora, a través del Contratante, su correspondiente consentimiento, y sus edades estén dentro de los límites establecidos por la Aseguradora. Sus respectivos seguros entraran en vigor al cumplirse estos requisitos.

CLÁUSULA 16. EGRESOS DE PERSONAS DEL GRUPO ASEGURADO

El contratante dará inmediato aviso a la Aseguradora de las personas que por cualquier causa dejen de pertenecer al grupo asegurado, así como de la fecha de la separación; y tendrá derecho a que aquella le devuelva la parte no devengada, por meses completos de la prima cobrada y pagada por el contratante.

En caso de separación de algún asegurado sin que el contratante dé aviso oportuno a la Aseguradora, los efectos de su seguro terminarán en la fecha en que deje de pertenecer al grupo asegurable.

CLÁUSULA 17. AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el contratante, tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a favor del asegurado por el contrato de seguro, deberá de comunicarlo por escrito a La Aseguradora en un plazo máximo de cinco (5) días calendario acompañado de la documentación completa de soporte original y debidamente sellada por el medico(s) tratante y facturas correspondientes. El importe por concepto de los honorarios médico quirúrgicos será cubierto siempre que no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados, según zona geográfica de contratación, los cuales serán pagados dentro de los 60 días contados a partir del recibo de la información completa requerida.





La falta de aviso de la presentación de la documentación, dentro del plazo establecido, no desliga a La Aseguradora de sus obligaciones.

CLÁUSULA 18. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este Contrato de Seguro termina por las siguientes causas:

1. Cumplida la fecha de culminación de la vigencia de la póliza.
2. Por agotamiento del máximo vitalicio
3. Por el agotamiento de una cobertura adicional
4. Por falta de pago de la prima después del período de gracia.
5. Cuando el Asegurado cancele por escrito la Póliza.
6. Al cumplir el Asegurado setenta (70) años de edad.
7. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

Dependientes – Terminación del Seguro individual

El seguro de un dependiente terminara automáticamente,

- (1) si se termina el seguro del asegurado;
- (2) si el dependiente asegurado cesa de ser elegible como dependiente;
- (3) si se termina el seguro, o
- (4) si el asegurado deja de hacer alguna contribución requerida

CLÁUSULA 19. TERMINACIÓN ANTICIPADA

La terminación anticipada del contrato de seguro aplicara únicamente para el asegurado. Considerando las siguientes causas:

1. Falta de Pago de la prima de seguro
2. Declaraciones inexactas
3. Agravación del riesgo

CLÁUSULA 20. RENOVACIÓN

Este seguro se renovará automáticamente en su fecha de terminación con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre La Aseguradora y el CONTRATANTE.

CLÁUSULA 21. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en tres años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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





CLÁUSULA 22. OTROS SEGUROS

Si un asegurado o dependiente tiene contratado con otra u otras instituciones en todo o en parte, cuberturas de la misma naturaleza que ampare 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 Aseguradora expresando el nombre de los asegurados y las sumas aseguradas.

CLÁUSULA 23. REPOSICIÓN

La Aseguradora tendrá la obligación de expedir a costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta.

CLÁUSULA 24. TERRITORIALIDAD

Esta póliza ha sido contratada conforme a las leyes hondureñas para amparar de acuerdo con las coberturas contratadas; siniestros que ocurran dentro del territorio Hondureño y por acuerdo entre las partes extensivo a Centro América.

CLÁUSULA 25. COMUNICACIONES

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de La Aseguradora llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado y/o al Contratante la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deben enviarse a La Aseguradora de Seguros y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que La Aseguradora de Seguros debe hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca La Aseguradora. Salvo pacto expreso en contra, que constará por escrito, el aviso del siniestro podrá ser válido, dándolo a una oficina de La Aseguradora.

Si la empresa no cumpliera con la obligación de que trata el párrafo anterior, no podrá hacer uso de los derechos que el contrato o la ley establezcan para el caso de la falta de aviso o de aviso tardío.

CLÁUSULA 26. MONEDA

Todos los pagos hechos por el Contratante deben ser ejecutados en la moneda establecida en la Solicitud de Seguro. A su vez, es obligatorio para la Aseguradora atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

CLÁUSULA 27. CONTROVERSIAS

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

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





CLÁUSULA 28. CAMBIOS O MODIFICACIONES

Las condiciones especiales que se agreguen en las condiciones generales del contrato deberán, en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente a los contratantes, sujetándose a normas de aplicación uniformes que tenga cada institución; sin embargo, en caso de controversias entre las condiciones generales y especiales prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del seguro.

Cualquier cambio en la cobertura del Seguro será efectivo a partir de la fecha en que La Aseguradora reciba la notificación por escrito del Contratante y la misma sea autorizada por La Aseguradora.

CLÁUSULA 29. Endoso de Exclusión LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de 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 el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA 30. Endoso de Exclusión LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de 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 el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.



FIRMA AUTORIZADA

