

SOLICITUD DE SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

SOLICITUD No. _____ PÓLIZA No. _____ VIGENCIA _____

I.- DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo _____
Nombre _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Apellido Casada _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____ Edad _____

Número de Identificación _____ Tipo de Identificación: Identidad () Pasaporte () Carné de Residente () Nacionalidad _____

Sexo: M () F () Estado Civil: S () C () Nombre Completo del Cónyuge _____

Dirección Completa de Residencia _____

Teléfono de Residencia _____ Celular _____ Correo Electrónico _____ Apdo. Postal _____

Profesión, Ocupación u oficio _____ Nombre del Negocio (si aplica) _____

Giro o actividad económica del negocio _____

Nombre de la empresa donde trabaja _____ Posición/cargo que desempeña _____

Tiempo de laborar en la empresa _____ Teléfono No. _____ Fax No. _____ Sitio Web. _____

Dirección Completa de la empresa donde labora _____

Teléfono No. _____ Fax No. _____ Correo Electrónico _____ Sitio Web. _____

Especifique detalladamente su fuente de ingresos _____

Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s); (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)

II.- DATOS DEL CONTRATANTE

Razón o Denominación Social _____

Nombre Comercial _____ No. De RTN (adjuntar fotocopia) _____

Información Personal del autorizado para contratar

Nombre Completo, (como aparecen en el documento de identidad) _____

Identidad No. _____ Tipo de Identificación: Identidad () Pasaporte () Carné de Residente () Nacionalidad _____

Sexo: M () F () Estado Civil: S () C () Dirección de Residencia _____

Teléfono de Residencia _____ Celular _____ Correo Electrónico _____ Apdo. Postal _____

Dirección Completa de Contratante _____

Teléfono No. _____ Fax No. _____ Sitio Web. _____ Actividad Económica _____

Mantiene pólizas suscritas con otra(s) aseguradora(s); (especificar nombre, tipo de seguro, suma asegurada) _____

2. DATOS DE LA POLIZA:

a) Tipo de Cobertura: _____

b) Vigencia: entrará en vigor el día _____ a las 12:00 horas del mediodía
Hasta el día _____ a las 12:00 horas del mediodía

c) Forma de pago _____ administrará la póliza _____

d) Participación del Asegurado Principal en el costo de la prima SI () NO () Porcentaje _____

e) Participación del Asegurado Principal en el costo de la prima para dependientes SI () NO () Porcentaje _____

f) Número de miembros que formarán parte del Grupo Asegurado _____

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del contrato de seguro, asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales abajo descritas.

En mi calidad de contratante autorizo y declaro: que lo manifestado anteriormente, así como las informaciones contenidas en la relación del grupo asegurable, son verdaderas y exactas y que además todas las personas que aparecen en la relación mencionada gozan de buena salud, a mi leal saber y entender.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA: CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO.

El Contrato de Seguro queda constituido por la Solicitud del contratante, la Solicitud de Inscripción de los asegurados y las declaraciones de éstos, por las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente póliza, y por los endosos y anexos adheridos a la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO DEL SEGURO.

Bajo el presente contrato la Compañía conviene en indemnizar al Asegurado por los gastos médicos hospitalarios a consecuencia de enfermedades o accidentes amparados bajo el presente seguro, incurridos por él o por cualquiera de sus dependientes elegibles, quedando sujeto a las exclusiones, restricciones y límites de cobertura contenidos en el mismo.

CLÁUSULA TERCERA: OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS.

El Contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas. Cualquier omisión, ocultamiento e inexactitud en las manifestaciones hechas por el Asegurado o algún familiar dependiente eximirán a la Compañía de toda obligación respecto a éste seguro en cualquier momento que tenga conocimiento de la inexactitud, ocultamiento y reticencia.

CLÁUSULA CUARTA: DEFINICIONES.

Accidente: Se considerará accidente cubierto, aquel que produzca al asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en caso de ahogamiento por inmersión o lesiones internas reveladas por la autopsia) y que ocasione la muerte del asegurado o la pérdida de algunos de sus miembros, órganos o funciones, siempre que tal lesión sea producida por la acción directa o violenta de causas externas o fortuitas.

Enfermedad: Se entenderá por enfermedad a toda alteración de la salud que resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, y son materia de esta póliza, solo las enfermedades que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

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

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

Si un empleado o familiar dependiente ha gastado por lo menos el 75 % de su máximo vitalicio, puede restituirlo suministrando a la Compañía evidencia de asegurabilidad satisfactoria.

La compañía se reserva el derecho de restituir o no el máximo vitalicio.

Deducible: es la cantidad a cargo de cada empleado y cada familiar dependiente por el conjunto de gastos incurridos durante el año póliza. Cuando en un mismo accidente resulten afectados dos o más miembros de un mismo grupo familiar, el deducible se aplicará una sola vez.

Coaseguro: Es el porcentaje a cargo de cada empleado y cada familiar dependiente después de haber sido aplicado el deducible correspondiente.

Porcentaje de Reembolso: Es el porcentaje que se establece en las condiciones especiales de esta póliza, que en exceso del deducible estipulado, le será reembolsado al asegurado por los gastos médicos incurridos, sujeto a los pagos máximos vitalicios y a cualesquiera otras exclusiones o restricciones definidas en el presente contrato.

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

Residencia: Para gozar de los beneficios de este Contrato los asegurados y familiares dependientes deberán de residir en cualquier ciudad de la República de Honduras, debiendo notificar a la Compañía por escrito en aquellos casos que se ausenten del país por más de 30 días.

Padecimientos Preexistentes: Se entiende como tales aquellas enfermedades que en fecha anterior a la iniciación de la cobertura para cada asegurado o familiar dependiente, fueron diagnosticados por un médico, fueron aparentes a la vista o fueron de los que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos.

CLAUSULA QUINTA: GASTOS CUBIERTOS.

La Compañía reconocerá al asegurado, los gastos médicos que adelante se mencionan con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales y Especiales de la póliza y Anexos, si los hubiere, mientras se encuentre formando parte del grupo asegurado.

a) Gasto diario por cuarto y alimentos: la cantidad que le cobre el hospital, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Especiales, sin exceder de 365 días por cada período de incapacidad.

b) Gastos por tratamiento médico suministrado por un médico autorizado legalmente para ejercer la medicina y que no sea el cónyuge, su hijo(a), hermano(a), o el padre o la madre del asegurado.

c) Gastos por procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano autorizado legalmente para ejercer la medicina y que no sea el cónyuge,

su hijo(a), hermano(a), o el padre o la madre del asegurado, sujetando dichos gastos al arancel de REDHSA.

d) Los gastos de anestesia y honorarios de anestelistas autorizados legalmente para ejercer la profesión, y que no sea el cónyuge, su hijo(a), hermano(a), o el padre o la madre del asegurado, sujetando dichos gastos al arancel de REDHSA.

e) Gastos por atención suministrada por enfermeras(os) titulados que no sean el cónyuge, hija(o), hermana(o) o la madre del asegurado y que no viva en la casa del mismo.

f) Gastos por tratamiento suministrados por un radiólogo o fisioterapeuta.

g) Gastos por suministros de hospital, excepto los de cuarto y alimentos que se regularán por lo indicado en el literal (a) anterior, Se aplicará decreto No. 139/97 emitido por la Secretaria de Industria y Comercio el 04 de Diciembre de 1999.

h) Derecho al uso de sala de operaciones y curaciones.

i) Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente adquiridos fuera del hospital siempre que sean prescritos por un médico y suministrados por un farmacéutico autorizado para ello, y que no sea el cónyuge o, su hijo(a), hermano(a), o el padre o la madre del asegurado.

j) Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.

k) Gastos por consumo de oxígeno, terapia de inhalación, transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares.

l) Gastos por alquiler de: silla de ruedas, cama especial de hospital, pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratorias.

m) Los gastos de recién nacido serán elegibles después de los 14 días de su nacimiento.

n) Gastos por tratamientos de una enfermedad o cirugía de los dientes o tejidos adyacentes practicados por un dentista u otra persona profesional, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de los 180 días siguientes al accidente.

ñ) Gastos por Cirugía plástica reconstructiva, originada de una lesión accidental que ocurra mientras el individuo se encuentra asegurado y los gastos se realicen dentro de los 180 días siguientes al accidente.

o) Gastos por trasplante de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.

CLAUSULA SEXTA: EXCLUSIONES.

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

a) Los no incluidos en gastos médicos cubiertos.

b) Reconocimientos médicos y chequeos generales que no se relacionan ni sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad.

c) Gastos por exámenes de rutina de ojos, oídos, servicios del optometrista y las refracciones oculares como: tratamiento quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismos, los anteojos, lentes de contacto así como sus respectivas pruebas de ajuste.

d) Gastos por lesiones así mismo mientras esté o no en uso de sus facultades mentales.

e) Tratamiento de alcoholismo crónico, adictos a drogas, desórdenes mentales o nerviosos y padecimientos psiquiátricos y psicológicos.

f) Lesiones o enfermedades causadas por fenómenos sísmicos, actos de guerra (sea esta declarada o no) o de conmoción civil, así como aquellos provenientes de participación del asegurado en riñas, peleas o duelos.

g) Gastos por accidentes originados por la práctica de deportes peligrosos tales como: Pesca en alta mar, rodeo, Rugby, Boxeo, Lucha Libre, Buceo, Montañismo, Motocross, Alpinismo, Artes Marciales, Esquí de cualquier tipo, Cacería, y cualquier deporte aéreo.

h) Gastos por objetos para el confort personal, tales como aparatos de radio, televisión o servicios de peluquería o belleza.

i) Gastos de embarazo, incluyendo el resultado del parto, mal parto o aborto, y embarazo ectópico salvo que se pague la prima adicional por esta cobertura, y que se haga constar en el cuadro de beneficios que aparece en la carátula de la póliza.

j) Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación al control de peso o el tratamiento de la obesidad y calvicie.

k) Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para transformación sexual, disfunciones o insuficiencias sexuales, así como tratamiento de reemplazo hormonal por menopausia.

l) Los Gastos relacionados con el tratamiento de la fecundación In Vitro y sus complicaciones.

m) Gastos incurridos para el diagnóstico o tratamiento de infertilidad y esterilidad y cualquier tratamiento o procedimiento para el control de natalidad.

n) Cualquier complicación tratada con el medicamento Viagra u otro similar.

ñ) Tratamientos y exámenes practicados por podiatras, quiroprácticos, Homeópatas, acupunturistas, naturistas.

o) Tratamiento por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones salvo que pague la prima adicional por ésta cobertura y que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en la carátula de la Póliza.

p) Los padecimientos congénitos de cualquier naturaleza.

q) Tratamientos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno bien sea estatal, provincial, municipal, o cualquier sub-dirección política de éstos o en caso de reclusión en hospital en el cual no se le exija pagar por cualquier servicio o asistencia médica.

r) La Compañía no asume ninguna responsabilidad por gastos ocasionados por enfermedades o accidentes para los cónyuges de los asegurados por los cuales exista responsabilidad patronal.

s) No se cubrirá durante el primer año de vigencia de la póliza, ningún reclamo por padecimientos preexistentes.

t) No se cubrirán durante un período de 24 meses ningún gasto presentado por enfermedades crónicas y/o degenerativas como: Hernias de cualquier tipo, histerectomías ya sean abdominales o totales, artroscopias de rodillas,

menisectomías, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y sus secuelas, diabetes mellitus, asma, bronquitis crónica, efisema, enfermedades ácido pépticas, artritis de ningún tipo, osteoporosis, insuficiencias cardíacas, angina de pecho, isquemia cerebral transitoria, litiasis biliar o renal, tumores benignos o malignos, leucemia, tratamiento relacionado con Prolapso Genital, Cistocele, Rectocele en todos sus grados, hallux valgus, valvulopatías de ningún tipo, así como los procedimientos quirúrgicos de amigdalectomías, adenoidectomías, y para corregir cifosis y escoliosis de la columna vertebral.

Sin embargo las enfermedades anteriores estarán sujetas a un período de 12 meses, siempre y cuando hayan aparecido después de la fecha de iniciación de la cobertura del asegurado o del familiar dependiente.

u) Gastos incurridos en Centros de Servicios Médicos Hospitalarios que no participen en la Red Hondureña de Servicios de la Salud (REDHSA), o que no están autorizados por las compañías de Seguros no son elegibles.

CLAUSULA SEPTIMA: OTROS SEGUROS.

Si el Asegurado ha contratado con otras instituciones, coberturas de la misma naturaleza que ampara el presente contrato, en todo o en parte por otros seguros de éste y otros ramos que cubran el mismo riesgo, tomados en la misma fecha antes o después del presente contrato, el Asegurado esta obligado a declararlo inmediatamente por escrito a la Compañía expresando el nombre de los Aseguradores y las sumas aseguradas.

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

Al confirmar que el Asegurado goza de beneficios de plan médico con otra compañía, Seguros Crefisa, S. A. únicamente pagará el exceso de los gastos elegibles no cubiertos por dicha Compañía.

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

CLAUSULA OCTAVA: ESTIPULACIONES APLICABLES AL ASEGURADO PRINCIPAL Y SUS FAMILIARES DEPENDIENTES.

Definición:

Asegurado Principal:

Un Asegurado Principal es aquella persona que es elegible para el seguro cumpliendo con los términos y condiciones de éste contrato.

Dependientes:

Un familiar dependiente se considera o se refiere a:

a) El cónyuge o en su defecto la persona con quien el asegurado vive en calidad de compañero (a) permanente.

b) Los hijos solteros de un asegurado (lo cual incluye a un hijastro o hijo adoptado legalmente) y que no se encuentren asegurados para recibir los beneficios de esta póliza en calidad de asegurado principal. Además los hijos solteros que se encuentren estudiando pueden estar asegurados, siempre y cuando dichos dependientes sean estudiantes de tiempo completo en un colegio acreditado o en una universidad y dependan económicamente del asegurado para su ayuda y sostenimiento.

ELEGIBILIDAD

Asegurado Principal:

Además de las condiciones incluidas en la carátula de la póliza cada Empleado del contratante es elegible para este seguro sí en el momento de la inscripción:

a) La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre 15 y 65 años.

b) Si el asegurado se encuentra incapacitado y no está dedicado activamente a su trabajo, su elegibilidad comenzará a partir del día en que regrese a su trabajo activo y permanente.

c) Pertenecer a un mismo grupo o empresa que conste por lo menos de 20 personas.

Dependientes:

a) El cónyuge o en su defecto la persona con quien el asegurado vive será elegible, siempre y cuando dicha persona sea menor de 60 años de edad al momento de ser presentada la solicitud del seguro.

b) Los hijos nacidos en matrimonio amparado bajo éste Contrato y cuyas edades oscilen desde el 14avo día de nacido hasta los 19 años de edad, extendiéndose la cobertura hasta los 23 años de edad, siempre y cuando sean elegibles.

TERMINACIÓN DEL SEGURO

Asegurado Principal:

El seguro de cualquier empleado asegurado y con ello los beneficios que confiere la presente póliza, cesará automáticamente e inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes hechos:

a) Vencimiento del período por el cual se pago la última prima, a cuenta del asegurado o no haberse efectuado el pago de primas correspondiente al mismo.

b) Haber finalizado su relación de trabajo con el contratante ya sea por muerte despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia, jubilación.

c) La cobertura del asegurado principal se cancelará al cumplimiento de los 70 años de edad.

d) La Compañía puede terminar las coberturas del presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de primas, mediante aviso escrito al patrono por lo menos con TREINTA (30) días de anticipación.

Dependientes:

a) La cobertura de éste Contrato para los cónyuges finalizará al cumplimiento de los 65 años de edad.

b) Vencimiento del período por el cual se pago la última prima, a cuenta del asegurado o no haberse efectuado el pago de primas correspondiente al mismo.

c) La Compañía puede terminar las coberturas del presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de primas, mediante aviso escrito al patrono por lo menos con TREINTA (30) días de anticipación.

REQUISITOS PARA ADICIONAR LOS FAMILIARES DEPENDIENTES.

Un asegurado puede escoger que la cobertura para sus miembros familiares entre en vigor en el mismo momento en que entre la suya.

Los hijos nacidos en matrimonio cubierto en un contrato vigente deben ser notificados en los primeros treinta (30) días de nacido, acompañada del formulario de inscripción de familiar dependiente así como la fotocopia de la boleta de inscripción o de la partida de nacimiento, la Compañía tiene el derecho de exigir testimonio de buena salud del niño (a) y pudiere aceptarlo o no con una exclusión, en caso de ser aceptado su cobertura será a partir del primer día del mes siguiente.

El asegurado que contraiga matrimonio dentro de la vigencia del Contrato podrá solicitar la inclusión de su cónyuge e hijos si son elegibles, mediante presentación de declaración de salud, dentro de los treinta (30) días siguientes al acontecimiento, adjuntando el formulario de inscripción de familiar dependiente de cada uno, así como la fotocopia del certificado del matrimonio y fotocopia de las partidas de nacimiento de los hijos y esperar la aceptación de la compañía.

Si las coberturas arriba mencionadas son aceptadas por la Compañía, se iniciaran a partir del primer día del mes siguiente.

Si no se notifica oportunamente la Compañía se reserva el derecho de otorgar o no esta cobertura a partir del primer día de la siguiente renovación.

CLAUSULA NOVENA: CAMBIO DE PLAN.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o no durante la vigencia de la póliza, cualquier cambio de plan solicitado por el Contratante.

CLÁUSULA DECIMA: SINIESTROS.

Requisitos que debe cumplir un asegurado en caso de reclamo:

a) Enviar las solicitudes de reembolso a Seguros Crefisa, S.A. a más tardar dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que fueron erogados los servicios o proporcionados los suministros.

b) Facilitar a la Compañía toda la información que ésta requiera, en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias verificar y ajustar los gastos de reembolso solicitado.

c) La Compañía se reserva el derecho y por su propia cuenta de solicitarle que se someta a exámenes médicos cuantas veces sea razonablemente necesario, así como verificar la enfermedad o lesión del asegurado y/o dependiente y la comprobación de los gastos realizados.

d) El asegurado deberá autorizar a todos los hospitales y todos los médicos que lo hubieren tratado a dar información a la Compañía o persona asignada por ésta mientras un reclamo esté en proceso. Si el asegurado no cumple con lo anterior perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

e) A toda persona mayor de 60 años de edad se aplicará el descuento correspondiente en todos sus reclamos, de acuerdo con el Artículo No.14 del Decreto 220-93 de la Ley de Régimen de Tratamiento Especial para Personas de la Tercera Edad.

Reclamos dentro de Honduras:

Al producirse una enfermedad o accidente que dé lugar al pago de los beneficios otorgados por el presente contrato el Asegurado se obliga a:

a) Avisar por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días de la fecha en la que inició la enfermedad y ocurrió el accidente, expresando cualquier dato importante para su calificación.

b) En casos de cirugía Electiva y Laparoscópica deberá solicitar a la Compañía de Seguros su aprobación presentando a la misma toda la documentación relacionada con el procedimiento por lo menos con quince días de anticipación.

Reclamos fuera de Honduras:

Los gastos médicos incurridos fuera de Honduras, se reembolsarán siempre y cuando se cumplan con las siguientes condiciones:

a) Que el asegurado y/o dependiente haya sido remitido por el médico de cabecera a tratamiento en el exterior, dicha remisión deberá ser presentada a Seguros Crefisa en papel del Colegio Médico Hondureño por lo menos con 15 días hábiles de anticipación, la cual será revisada y evaluada por los médicos asesores de la Compañía y autorizados por el Director Médico. De no cumplirse con el requisito anterior la Compañía, se libera de responsabilidad en cuanto al pago de cualquier gasto.

b) De ser aprobada por el Director Médico de la Compañía, la solicitud para tratamiento en el extranjero, Seguros Crefisa únicamente reembolsará dichos gastos de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados que se aplican en Honduras y al porcentaje de reembolso estipulado en la póliza.

c) En lo que se refiere a la compra de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio, rayos x etc., se reembolsarán siempre y cuando los medicamentos se encuentren agotados en nuestro país y que los exámenes de laboratorios y rayos x no se realicen en el mismo, debiéndose comprobar tales hechos.

d) Las atenciones de emergencia se reconocerán si se comprueba mediante informe del médico tratante que el servicio de emergencia era indispensable. Únicamente los casos anteriores la compañía reconocerá el costo usual y acostumbrado en Honduras.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

a) Llenar totalmente el formulario de reclamación, en la parte que corresponde al informe del asegurado debiendo asegurarse de detallar la enfermedad o accidente sufrido, sus causas y consecuencias.

b) Llenar totalmente la parte que corresponde al informe del médico, debiendo asegurarse que el mismo anote todos los datos de suma importancia, referente a la enfermedad o accidente sufrido sin olvidar que debe colocar la fecha, firma y sello.

c) Presentar los comprobantes de pago originales, que respalden el gasto efectuado como ser: recibos de honorarios médicos, recetas médicas, facturas de farmacia, orden de examen médico, recibos de laboratorio, rayos x etc. Estos deben reunir invariablemente los requisitos fiscales que para tal efecto exige la ley como son: número de factura, número de recibo, RTN, el membrete correspondiente etc.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: PAGO DE LOS BENEFICIOS.

El pago de los beneficios estará sujeto a los pagos máximos vitales y a cualquier otra exclusión, restricciones y/o definiciones establecidas en el presente contrato, todos los pagos efectuados por la Compañía estarán Limitados a los costos usuales, acostumbrados o razonables para el servicio o suministro particular en la zona que se incurra.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: INICIO, TERMINACIÓN Y RENOVACIÓN DEL CONTRATO.

a) Inicio y Terminación del Contrato: La cobertura inicia a las 12 horas del mediodía de la fecha de entrada en vigor del presente contrato el que se suscribirá por el término de un año; la compañía puede terminar el presente

Contrato, en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al asegurado o contratante por lo menos con 30 días de anticipación.

b) Renovación: La compañía renovará el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito y previa confirmación del Contratante con treinta (30) días de anticipación. La compañía se reserva el derecho a modificar en cada renovación las condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice.

c) Inclusiones y Exclusiones: El Contratante estará obligado a dar aviso de inmediato a la Compañía de todos los ingresos y egresos del grupo asegurado, enviando al mismo tiempo las solicitudes de inclusión de las nuevas personas y todos los datos necesarios para la apreciación del riesgo, pudiendo aceptar o no dicha inclusión.

CLAUSULA DECIMA TERCERA: PRIMAS.

a) Cálculo de las primas:

La Compañía calculará las primas totalizando las primas individuales de cada asegurado, pudiéndose efectuar el pago global en forma: anual, semestral, trimestral o mensual.

La prima individual será la que corresponda a cada asegurado de acuerdo con su edad, ocupación, riesgo y tipo de cobertura.

La Compañía calculará las primas por inclusiones y exclusiones considerando el riesgo del grupo asegurado y las tarifas en vigor al momento del cambio, y éstas nunca serán superiores en un 100% de las cobradas originalmente.

Las Primas deberán pagarse en la oficina principal de la Compañía, contra recibos emitidos en los formularios oficiales de la misma refrendados por el colector autorizado.

No obstante, la Compañía podrá designar a personas para que reciban el pago de las primas en cualquier lugar de la República, pero si lo hace esto no sentará precedente alguno de obligación.

b) Forma de pago:

La póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas, según la tarifa que la compañía tenga en vigor. Sin embargo las partes podrán establecer mediante convenio expreso, una forma de pago de acuerdo a sus intereses, lo cual se hará constar en la carátula de póliza o mediante anexo y adherido a la misma.

CLAUSULA DECIMA CUARTA: CAMBIO DE CONTRATANTE.

Si el Contratante fuera sustituido por otro deberá de comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución y si esta la acepta lo hará constar en anexo que formará parte de la póliza.

En caso contrario la Compañía tendrá acción para dar por terminado el contrato y devolverá la prima no devengada.

CLAUSULA DECIMA QUINTA: MODIFICACIONES . En los términos de ésta póliza quedan definidos los pactos entre la compañía y el asegurado, no reconociéndose por lo tanto validez a ninguna modificación que no esté consignada en ella, a menos que conste por escrito debidamente autorizado por la compañía. Los agentes no están facultados para modificar las condiciones de la póliza.

CLAUSULA DECIMA SEXTA: LUGAR DE PAGO DE LOS BENEFICIOS.

Cualquier pago de los beneficios en virtud de la póliza, lo hará la compañía en su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Distrito

Central salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, pueda hacerse en algunas de sus agencias o sucursales.

CLAUSULA DECIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN.

Como consecuencia del pago de cualquier indemnización, la compañía se subrogará en los derechos del asegurado así como en las acciones que a este competen contra los autores o responsables del siniestro por cualquier carácter o título que sea. Además, el asegurado cederá a la Compañía todos los derechos o acciones que le competen en virtud del siniestro, quedando obligado, si fuere necesario, a reiterar la cesión por escritura separada, y ante notario, aún después del pago de la indemnización.

CLAUSULA DECIMA OCTAVA: COMUNICACIONES.

Toda solicitud o comunicación a la compañía, relacionada con la póliza deberá hacerse directamente y por escrito a su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, o en su Sucursales o Agencias autorizadas. Las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los asegurados se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando las haga a través del Contratante, que serán enviadas al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

CLAUSULA DECIMA NOVENA: REPOSICION.

En caso de destrucción, robo o extravío de la póliza o de cualquier certificado, la compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Contratante o del Asegurado, según el caso, con las formalidades establecidas para este objeto, y pago de los correspondientes gastos de reposición.

CLAUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de éste Contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión falsa o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, 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 el que haya llegado a conocimiento de los interesados quiénes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban de dicha realización.

La prescripción se interrumpirá por el nombramiento de peritos para el ajuste del siniestro o al entablarse acción judicial.

CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA: CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE

Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionada directa o indirecta con este contrato, ya sea de naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo, se resolverá mediante el proceso de Conciliación y Arbitraje de conformidad con lo establecido en la Ley de Conciliación y Arbitraje vigente, el fallo que se emita mediante éste proceso es definitivo e inapelable, de aceptación inmediata y obligatorio su cumplimiento a las partes, ya que produce efecto de cosa juzgada.

Los gastos y los costos que pudieran producirse en el proceso del arbitraje estarán a cargo de la Compañía y del Asegurado por partes iguales.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente Contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio de la Ley de Instituciones de Seguro, y demás leyes pertinentes.

Autorizo a SEGUROS CREFISA, S.A. a acceder a la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y a cualquier otra base de datos gubernamental o privada, para consultar datos de las obligaciones que tanto mi representada como mi persona podamos tener en el Sistema Comercial o Financiero y declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la póliza solicitada.

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden han sido escritas o dictadas por mí, personalmente, y son completas y verdaderas. Convengo, por lo tanto, en que sirvan de base a la compañía para la emisión de la póliza que solicito.

Lugar y Fecha _____

FIRMA Y NO. DE AGENTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

REVISADO

APROBADO