

CONDICIONES GENERALES RENTA DE HOSPITAL TIGO

De conformidad con el artículo 729 del Código de Comercio, si el Afiliado Asegurado no estuviera de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por La Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiera recibido, si no concordara 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.

I. BENEFICIOS Y DISPOSICIONES

Objeto del Seguro: **Seguros Crefisa**, pagará los beneficios que emanan de la presente cobertura al ocurrir una hospitalización cubierta por esta póliza, garantizando así un ingreso fijo al Afiliado Asegurado para amortizar los gastos mientras se encuentre hospitalizado en un establecimiento médico autorizado legalmente dentro del territorio nacional ya sea público o privado.

Descripción del Beneficio del Renta de Hospital TIGO: Se indemnizará al Afiliado Asegurado en caso que permanezca hospitalizado por enfermedad o accidente, siempre que la hospitalización sea superior a 24 horas, la Compañía pagará una renta por cada día que permanezca hospitalizado de forma continua hasta un máximo de 30 días.

Disposiciones:

1. Atención y Cuidado Médico Diario

La indemnización diaria por hospitalización no se pagará si el Afiliado Asegurado no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.

2. Hospitalizaciones Sucesivas

Cuando un Afiliado Asegurado es hospitalizado y ésta se deba a la misma causa o causas relacionadas o a un evento anterior, por el cual se haya pagado la indemnización de renta diaria bajo este plan.

3. Otros Seguros Bajo Este Plan

Un Afiliado Asegurado no puede suscribirse en más de un plan del Seguro de Renta de Hospital bajo esta póliza.

En caso de que un Afiliado Asegurado esté cubierto con más de una póliza a través del mismo número de celular con iguales coberturas, la Compañía considerará la póliza que haya sido emitida primero. La Compañía devolverá cualquier pago de prima que dicha persona haya hecho por duplicado.

4. Cualquier Otro Seguro

Exceptuando el numeral 3 de la sección I, el Afiliado Asegurado podrá gozar de los beneficios de cualquier otra póliza de seguros.

5. Cambio de Plan Contratado

Si el Afiliado Asegurado solicita a la Compañía su deseo de cambiar su plan, dicho cambio será efectivo a partir de la fecha en que sea solicitado al *8432 o mediante carta, siempre y cuando la solicitud no sea retroactiva con respecto a la fecha de presentación de la misma.

6. En Caso de Fallecimiento

En caso que un Afiliado Asegurado llegara a fallecer posterior a su hospitalización, la Compañía pagará únicamente la renta diaria utilizada en dicha hospitalización, al o los beneficiarios que por Ley se designen.

II. DEFINICIONES

- 1. Certificado de Seguro:** El certificado de seguro que se adjunta y forma parte de esta póliza.
- 2. Formulario de Suscripción:** Deberá incluir el nombre, fecha de nacimiento, número de identidad, domicilio y número de celular del Afiliado Asegurado, la respuesta a la declaración de buen estado de salud y el monto de cobertura disponible para cada cliente, recolectado de forma electrónica por medio de su dispositivo móvil.
- 3. Persona Elegible:** El Afiliado que goza de buena salud, cuya edad este comprendida entre los 18 a 70 años y que sea cliente de la Red Móvil TIGO.
- 4. Afiliado Asegurado:** El cliente de la Red Móvil TIGO a quien se garantiza la cobertura del Renta de Hospital TIGO.
- 5. Edad Elegible:** Comprendida entre los 18 a 70 años de edad, extendiendo la cobertura hasta el cumplimiento de los 75 años de edad.
- 6. Fecha de Comienzo del Seguro:** La cobertura bajo esta póliza comenzará a partir

de las 12:00 horas del mediodía, del primer día del mes siguiente a la fecha en que haya suscrito la póliza.

7. **Suma Asegurada:** Valor atribuido por el contratante de una póliza de seguro a los bienes cubiertos por la misma, que determina el reembolso máximo en caso de siniestro.
8. **Suma Asegurada Parcial:** Dependiendo del pago realizado por el Afiliado Asegurado y el plan de cobertura elegido, se podrá indemnizar en forma parcial en porcentajes de 25%, 50% y 75%. En caso que el Afiliado Asegurado haya realizado un pago menor al 25% de la prima del seguro durante el mes, este no tendrá derecho a indemnización o cobertura parcial en el mes siguiente, sin embargo, el monto excedente quedará como crédito para la vigencia posterior.
9. **Fecha de Finalización del Seguro:** La cobertura bajo esta póliza finalizará a las 12:00 horas del mediodía del último día de vigencia.
10. **Vigencia del Contrato:** La vigencia de esta póliza no será mayor a un periodo de 30 días.
11. **Renovación:** Esta póliza es renovable automáticamente por periodos iguales al descrito en el numeral 10 sección II, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito o marcando desde su celular el *8432 para solicitar la cancelación.
12. **Enfermedad:** Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.
13. **Accidente:** Se considerará accidente cubierto, aquel que produzca al Afiliado Asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (incluyéndose en esta definición las lesiones provocadas por inmersión), siempre que sean producidas por la acción directa o violenta de causas externas o fortuitas.
14. **Hospital:** Es todo establecimiento privado o público autorizado legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, quirúrgicos y de emergencia, que cuente con el equipo, instalaciones físicas y el personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento que el Afiliado Asegurado necesite, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

15. **Hospitalización:** La reclusión en un hospital como paciente interno bajo el cuidado y atención de un médico.
16. **Paciente Interno:** El Afiliado Asegurado cuyo ingreso en el hospital se hace en calidad de paciente y cuya reclusión es necesaria para el cuidado médico, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza.
17. **Médico:** Profesional de las ciencias médicas o cirujano legalmente autorizado para ejercer su ocupación de acuerdo a las leyes del país en el cual ejerce.
Prevía autorización de la Compañía el Afiliado Asegurado podrá ser atendido por un familiar cuya ocupación sea un profesional de la medicina con el objetivo que la hospitalización tenga base para la presentación de un reclamo.
18. **Evento:** Para los efectos de este seguro, se considerará como un solo evento el conjunto de reclamaciones por hospitalización que presente el Afiliado Asegurado, siempre y cuando estas se deriven de la misma enfermedad o accidente y que la sucesión de tales condiciones de salud no sean consecuencia de la negligencia del Afiliado Asegurado, y que se encuentre en un periodo no mayor a 30 días de hospitalización.
19. **Deducible:** Es la cantidad de días que están a cargo del Afiliado Asegurado y por los cuales no tiene derecho a indemnización.
No habrá aplicación de Deducible.
20. **Cálculo de días para la indemnización:** Para calcular el número de días que corresponde indemnizar se contarán el número de noches que el Afiliado Asegurado duerma en condición de paciente en un hospital, descontando el día de deducible y sujeto al límite máximo de días a indemnizar según lo descrito en la sección I Beneficios y Disposiciones.

III. EXCLUSIONES

Hospitalización causada por o como resultado de:

1. Guerra, invasión, hostilidades (guerra declarada o no), guerra civil, revolución, insurrección militar o usurpación de poder. Alistarse en el servicio militar con cualquier

fuerza armada de cualquier país u organismo internacional.

2. Suicidio o tentativa de suicidio, autodestrucción, mutilación, lesiones auto infligidas o cualquier intento de ello, ya sea en posesión de las facultades mentales o no.
3. Dedicarse a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes de buceo, alpinismo o escalamiento de montañas donde se haga uso de sogas o cuerdas, espeleología, paracaidismo, motociclismo, uso de cuatrimotos, uso de planeadores, parapente, salto bungee, descenso en ríos, esquiar sobre hielo, artes marciales, deportes de invierno, deportes profesionales o carreras que no sean a pie, entre otros.
4. Actos ilícitos del Afiliado Asegurado contrarios a la ley del país en el cual la enfermedad o lesión ocurre.
5. Hospitalización como resultado de una infección producida por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) o variantes incluyendo Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con dichos padecimientos.
6. Mientras el Afiliado Asegurado se encuentre en estado de embriaguez y tenga un nivel de alcohol en la sangre más alto que el permitido por la ley del país donde ocurrió la enfermedad o lesión.
7. Estado de gestación, alumbramiento, aborto o complicaciones surgidas a causa de lo anterior.
8. Hospitalizaciones por tratamientos de infertilidad y/o planificación familiar, cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para transformación sexual, disfunciones o insuficiencias sexuales.
9. Hospitalización por chequeos médicos de rutina o cualquier otro examen en los cuales no existan indicios de trastorno de salud.
10. Condiciones médicas o lesiones Pre-existentes según se definen en la parte IV de las condiciones generales de la póliza.
11. Hospitalización por tratamientos psiquiátricos o psicológicos, reposo o descanso, así como hospitalizaciones para tratamientos de alcoholismo y/o drogadicción, obesidad de cualquier tipo.

12. Hospitalizaciones a consecuencia de cirugía de defectos de refracción visual.
13. Tratamientos hospitalarios relacionados a procedimientos odontológicos.
14. Hospitalizaciones y/o cirugías a consecuencia de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
15. Hospitalizaciones por cualquier cirugía estética o plástica.
16. Epidemias o Pandemias declaradas por la autoridad competente en Honduras.
17. Hospitalización en un establecimiento que no llene los requisitos descritos en el presente beneficio.

IV. CONDICIONES MÉDICAS PRE-EXISTENTES

Una "Condición Médica Pre-existente" significa:

Enfermedad que se ha contraído y/o comenzado, o lesión sufrida por un Afiliado Asegurado y por la cual ha recibido tratamiento médico o consulta por un médico previo a la contratación de la presente póliza. Los reclamos que se deriven de Condiciones Médicas o Lesiones Pre-existentes serán evaluados cada caso particular pudiendo ser indemnizados o rechazados.

V. FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

El pago de la prima podrá realizarse a través de un pago único o en forma diaria descontando durante 20 días continuos el monto de la prima hasta completar el valor total acordado.

La prima de esta póliza estará sujeta al plan de seguro que elija el Afiliado Asegurado.

VI. CANCELACIÓN DEL SEGURO

1. Cancelación por el Afiliado Asegurado

Si el Afiliado Asegurado solicita a la Compañía su deseo de cancelar esta cobertura, dicha cancelación será efectiva a partir de la fecha en que la notificación haya sido recibida al *8432 o mediante carta, siempre y cuando la solicitud de cancelación no sea retroactiva con respecto a la fecha de presentación de la misma.

Cancelación por parte de la Compañía

La Compañía notificará al Afiliado Asegurado de la terminación de este contrato por medio de carta certificada, la cual será enviada a la última dirección registrada.

2. Cancelación Automática

- a) Por muerte del Afiliado Asegurado.
- b) Al cumplimiento de los setenta y cinco (75) años de edad.
- c) Cancelación por falta de pago de prima. En caso que la prima inicial facturada no haya

sido pagada, esta póliza se considerará nula desde la fecha inicial del seguro.

- d) Por notificación del Afiliado Asegurado marcando desde su celular el *8432.
- e) Al indemnizar al Afiliado Asegurado en caso de Renta de Hospital TIGO.
- f) TIGO podrá cancelar la cobertura del seguro renta de hospital automática e inmediatamente si la relación comercial con el afiliado asegurado finaliza ya sea por cancelación de contrato o por cualquier otra condición y/o circunstancia.

VII. DISPOSICIÓN DE RECLAMACIONES

1. Notificación de Reclamaciones

El Afiliado Asegurado deberá reportar a TIGO la ocurrencia del evento marcando desde su celular *8432, se suministrará al Afiliado Asegurado los formularios para presentar la información, la que deberá presentarse dentro de los 90 días siguientes a la fecha de alta.

Toda documentación o evidencia requerida por la Compañía para verificar una reclamación será enviada a expensas del Afiliado Asegurado. La Compañía tendrá el derecho, a través de sus representantes médicos de examinar a cualquier persona, siempre que así lo solicite y con la frecuencia necesaria, mientras dure el trámite de la reclamación.

2. Pago de Beneficios

La indemnización bajo esta póliza se pagará al Afiliado Asegurado o a favor de la(s) persona(s) designada(s) por este.

Si no tiene dicha designación por escrito al momento del fallecimiento, esta indemnización acumulada se pagará a los herederos legales del Afiliado Asegurado. Cualquier recibo que el Afiliado Asegurado, los herederos legales o terceras personas designadas suministren a la Compañía por beneficios pagados bajo esta póliza, con respecto a cualquier período de hospitalización será considerado como un recibo final y se libera de toda responsabilidad a la Compañía con respecto a dicho pago.

La indemnización bajo esta póliza se pagará a la terminación del período de hospitalización pertinente.

Una vez que la Compañía reciba y verifique la documentación que justifique que el reclamo está cubierto y completo, pagará la indemnización dentro de los tres (3) días hábiles siguientes.

3. Términos y Condiciones

El cumplimiento de los términos, disposiciones y condiciones de esta póliza por parte del Afiliado Asegurado, serán condiciones precedentes a la responsabilidad de la Compañía para hacer un pago bajo este contrato.

4. Reclamaciones Fraudulentas

Si el Afiliado Asegurado o sus representantes personales presentaran una reclamación por medios fraudulentos para obtener beneficios bajo esta póliza, la Compañía, no será responsable por el pago de la indemnización y tendrá derecho a cancelar esta póliza inmediatamente.

5. Declaraciones falsas de edad

Si la edad de un Afiliado Asegurado ha sido indicada erróneamente cualquier indemnización pagadera bajo esta póliza será la indemnización correspondiente a la prima que se haya pagado. En caso de que la edad de un Afiliado Asegurado haya sido incorrectamente indicada y debido a eso la cobertura provista bajo esta póliza no hubiera estado en efecto o hubiera cesado antes de haber recibido la prima, entonces la responsabilidad de la Compañía durante el período en que el Afiliado Asegurado no era elegible se limitará a la devolución de la parte de la prima que se ha pagado por el período no cubierto por la Póliza.

VIII. REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO

Después de haber notificado a la Compañía, el Afiliado Asegurado deberá completar los siguientes requisitos:

1. Formulario de reclamo del Renta de Hospital TIGO.
2. Fotocopia de la cédula de identidad o certificación de acta de nacimiento original.
3. Constancia médica original debidamente sellada y firmada por el médico tratante, extendida en papel membretado del hospital o en papel del Colegio Médico de Honduras, en donde se indique el diagnóstico y la cantidad de noches que el Afiliado Asegurado estuvo hospitalizado.
4. La Compañía aceptará la documentación mínima necesaria en aquellos casos en los cuales el diagnóstico ha sido confirmado que **No** es preexistente.
5. Facturas originales debidamente canceladas al hospital, por los servicios médicos recibidos, incluyendo los días de hospitalización (en caso que ésta haya sido en hospital privado).
6. Cualquier otro documento que la compañía estime conveniente.

7. Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes.
8. La Compañía queda facultada para realizar las investigaciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

IX. DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

1. Esta póliza se emite tomando en consideración las declaraciones a través del formulario de suscripción electrónico y pago de las primas realizadas por el Afiliado Asegurado.
2. El seguro bajo esta póliza se aplicará las 24 horas del día, en cualquier lugar de la República de Honduras.
3. El pago de las indemnizaciones bajo esta póliza está sujeto a las definiciones, exclusiones y todos los otros términos y condiciones pertinentes a esta indemnización.
4. La aceptación del Afiliado Asegurado mediante mensaje texto, de las coberturas, limitaciones, condiciones generales, endosos, certificados de seguro y anexos si los hubieren; constituyen el contrato del Renta de Hospital TIGO entre el Afiliado Asegurado y la Compañía de Seguros.
5. Las modificaciones al contrato de seguro no serán válidas, si no son aprobadas por la Compañía y estas se hacen constar en un endoso o anexo.
6. Si la póliza es cancelada por uso del beneficio de la cobertura, el Afiliado Asegurado debe esperar 90 días para suscribir una nueva póliza.
7. Esta póliza brindará cobertura a todo Afiliado Asegurado que resida permanentemente en la República de Honduras, que tenga un estatus legal migratorio y que cuente con su número de identidad nacional.
8. Las primas y beneficios pagaderos bajo esta póliza se harán en moneda local.

9. El Afiliado Asegurado tendrá la alternativa de solicitar un cambio de plan mediante notificación por escrito a la Compañía de Seguros o marcando desde su celular al *8432.

10. Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionadas 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 este 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 Afiliado Asegurado por partes iguales.

11. La Compañía podrá excluir o cancelar la cobertura de seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato.
12. Esta póliza será regulada de acuerdo a las leyes de Honduras.
13. Seguros Crefisa, S.A., (La Compañía) especifica en esta póliza los Términos bajo los cuales cubre al Afiliado Asegurado nombrado en el Certificado de Seguro. En consideración del pago de las primas por parte del Afiliado Asegurado de acuerdo a la sección V de esta póliza, la Compañía conviene en pagar los beneficios de acuerdo a las Condiciones, Definiciones, Exclusiones y Disposiciones contenidas en esta póliza, condicionado a que este seguro no estará vigente a menos que el Certificado de Seguro adjunto esté firmado por un representante autorizado de la Compañía.

Firma Autorizada

Gerente General