

## SOLICITUD DE SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

<b>Póliza No.</b>		<b>Categoría:</b>	
<b>Agencia:</b>	<b>Vigencia Desde:</b>	<b>Hasta:</b>	<b>Hora:</b>
Persona Jurídica <input type="checkbox"/> APNFD <input type="checkbox"/>	Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/>	Entidad Supervisada <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/>	

### I) Datos Generales del tomador del Seguro y del Representante Legal

RAZON O DENOMINACION SOCIAL		NOMBRE COMERCIAL		FECHA DE CONSTITUCION DIA   MES   AÑO	
R.T.N. DE LA EMPRESA		NO. DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO MERCANTIL		OBJETO SOCIAL Y/O ACTIVIDAD ECONOMICA	
Nombres:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Apellido de Casada:		Lugar de Nacimiento: Municipio   Departamento   País			
Fecha de Nacimiento: Día: ____ Mes: ____ Año: ____		Edad:		RTN:	
Número de Identificación:		Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			
Tipo de Identificación: Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>		Estado Civil: Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/>			
Nombre Completo del Cónyuge:			No. Identificación de Cónyuge:		
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>					
Departamento:		Municipio:		Ciudad:	
Bloque:		No. de casa:		Calle:	
Colonia:		Avenida:		Otras referencias o señas:	
Teléfono fijo:		Celular:		No. Fax	
Otro teléfono:		Correo electrónico:			
Ocupación u Oficio:					

### II. Origen de sus Recursos

Actividad económica principal:					
Ocupación actual: Asalariado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>					
Posee negocio propio: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre del negocio (si aplica)		Giro o actividad económica del negocio:	
Nombre de la empresa donde labora:		Posición / Cargo que desempeña:		Fecha de empleo: Día: ____ Mes: ____ Año: ____	
Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)					
Cargo público desempeñado en los últimos cuatro (4) años e institución					
Institución		Cargo Publico		Periodo	

### III. Información financiera del Representante Legal

Especifique su fuente de Ingresos:	
Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (Actividad Principal): De 0 - 3 <input type="checkbox"/>	
¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Si su respuesta es SI detalle:	

De 4 – 6	<input type="checkbox"/>	Fuente de ingreso: _____
De 7 – 10	<input type="checkbox"/>	
De 11-20	<input type="checkbox"/>	Valor mensual estimado: _____
De 21-50	<input type="checkbox"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
50 en adelante	<input type="checkbox"/>	
Tipo de Moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra _____		

#### IV. Información de Seguros

Propósito del Seguro:	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de la Aseguradora:
Tipo (s) de Seguro (s):	Suma (s) Asegurada (s):

#### Datos del Beneficiario Final

¿Actúa en nombre propio?

Sí  No

En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

Nombre Completo	Identidad/ RTN	Parentesco	Relación (marque con X)	¿Es un PEP? NO	SI /
			Financiera <input type="checkbox"/> Contractual <input type="checkbox"/>		

#### V. Datos Generales del Contratante

##### Dirección Completa

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Bloque No:	Edificio:	Calle:	Avenida:
Teléfono No:	Fax No:	Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:		Sitio WEB:	
Otras Referencias o Señas:			
¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)	
¿La Empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, como lo hace? ; Seminarios <input type="checkbox"/> Capacitaciones <input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> Trifolios <input type="checkbox"/> otros _____			

**Información de accionistas (25% de participación) cantidad de accionistas (este debe detallar sus dueños hasta llegar al beneficiario final):**

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

En caso de los accionistas sea otra Persona Jurídica reportar **la totalidad accionaria en una hoja adicional**, hasta llegar a la Persona Natural

En caso de que su respuesta sea afirmativa como PEPS el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)

**Favor indicarnos los miembros que forman parte de la junta directiva y/o consejo de administración (control de la sociedad)**

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	¿Es un PEP? SI / NO

En caso de que su respuesta sea afirmativa como PEPS, el miembro de Junta Directiva deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros).

**Especifique la procedencia de los fondos para el pago de la prima del seguro:**

--

**Información Financiera del Contratante (marque con una X los valores que correspondan)**

Ingresos y egresos	Total ingresos anuales	Total egresos anuales	Activos y Pasivos (Lps.)	Total Activos	Total Pasivos
No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.500,000.00 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.500,000 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 1 Millon a L.5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Millon a 5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.5 Millones a L.10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.5 Millones a 10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 50 Millones a L.100 Millonres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.50 Millones a L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Referencias Bancarias o Comerciales del Contratante**

Denominacion Social	Nombre Comercial	Número RTN

**Detalle dos (2) proveedores que le brindan servicios**

Denominacion Social	Nombre Comercial	Número RTN

## VI. DATOS DE LA PÓLIZA

- 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

## VII. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE:

- a) Edad comprendida entre 15 y 64 años en el cumpleaños más próximo.  
 b) Tener como mínimo dos meses de pertenecer al Grupo Asegurado.  
 c) Número de Miembros que formarán parte del Grupo Asegurado:

## CONDICIONES GENERALES MEDICO HOSPITALARIO

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

Se considerarán aceptadas las ofertas de prórroga, renovación, modificación o restablecimiento de un contrato hechas en carta certificada, o cualquier otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo. Si la empresa aseguradora no contesta dentro del plazo de quince (15) días contados desde el siguiente al de la recepción de la oferta, siempre que no estén en pugna con las disposiciones imperativas del Código de Comercio o de esta Ley.

Lo dispuesto en el párrafo anterior, no es aplicable a las ofertas de aumentar la suma asegurada, y en ningún caso, al seguro de persona.

### **CLAUSULA PRIMERA. COBERTURAS 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.

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) Gastos por suministros de hospital, incluyendo:
1. 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.
  2. Derecho al uso de sala de emergencias, sala de operaciones, cuidados intensivos y ambulancia.
  3. Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, suministrados dentro del hospital. Se aplicará decreto No. 139/97 emitido por la Secretaría de Industria y Comercio el 04 de Diciembre de 1999 y sus reformas.
  4. 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.
  5. Gastos por consumo de oxígeno, terapia de inhalación, transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares.
  6. Gastos por alquiler de: silla de ruedas, cama especial de hospital, pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratorias.
- b) Gastos y honorarios por tratamiento médico suministrado por un médico autorizado

legalmente para ejercer la medicina, sujetando dichos gastos al arancel vigente.

- c) Gastos y honorarios por procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano autorizado legalmente, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
- d) Los gastos de anestesia y honorarios de anesthesiólogo autorizados legalmente para ejercer la profesión, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
- e) Gastos y honorarios por atención suministrada por enfermeras(os), de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados.
- f) Gastos y honorarios por procedimientos suministrados por un radiólogo, indicado por un médico.
- g) Gastos y honorarios por tratamientos suministrados por un fisioterapeuta, remitido por un médico especialista en el ramo.
- h) 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.
- i) Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía, electromiografía, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios de velocidad de neuroconducción o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza, sin que los reconocimientos de estos gastos representen obligación para la Compañía en caso de diagnosticar una enfermedad excluida por la misma.
- j) Gastos por alquiler de oxígeno, terapia de inhalación, sueros u otras sustancias similares.
- k) Los gastos de recién nacido serán elegibles después de los 10 días de su nacimiento.
- l) Gastos por tratamientos de una enfermedad o cirugía de los dientes o tejidos adyacentes practicados por un dentista u otra persona profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de los 180 días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.

- m) Gastos por cirugía plástica reconstructiva practicado por un profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de los 180 días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.
- n) Gastos por trasplante de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.

## **CLAUSULA SEGUNDA. EXCLUSIONES**

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

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

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, queratotomía radial y queratoplastia para queratoconos. Los anteojos, lentes de contacto así como sus respectivas pruebas de ajuste. Aparatos para corrección de problemas auditivos.

- b) Tratamiento dental y la Disfunción Temporo-Mandibular., excepto el originado por causas accidentales, contempladas en el Literal N de la Cláusula Quinta de estas Condiciones Generales, salvo que se pague la extraprima y conste en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c) Gastos por lesiones a sí mismo mientras esté o no en uso de sus facultades mentales.
- d) Tratamiento, asesoramiento, internamiento por ingestión de bebidas alcohólicas, drogas, o cualquier otro tipo de estupefaciente; consecuencia de alcoholismo o drogadicción.
- e) Lesiones o enfermedades causadas por fenómenos sísmicos, actos de guerra (sea esta declarada o no) o de conmoción civil, insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política en general, riñas, peleas o duelos en los que el individuo asegurado haya participado, voluntaria o involuntariamente, o en la que sea una mera víctima casual.
- f) 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, Rafting, Canopy, Bungee Jumping deportes aéreos, y cualquier otro deporte o actividad peligrosa.

- g) Gastos por objetos para el confort personal, tales como aparatos de radio, televisión, internet o servicios de peluquería o belleza.
- h) 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 las Condiciones Especiales y en el cuadro de beneficios que aparece en la carátula de la póliza.
- i) Cualquier suministro, servicio o cirugía proporcionado en relación al control de peso o el tratamiento de la obesidad y calvicie.
- j) Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para disfunción sexual, impotencia o insuficiencias sexuales o transformación sexual. Cualquier complicación tratada con el medicamento Sineldafil (VIAGRA) u otro.
- k) Gastos incurridos para el diagnóstico, tratamiento o procedimiento de infertilidad, esterilidad, control de natalidad y otros gastos relacionados con el tratamiento de la fecundación In Vitro y sus complicaciones y otros similares.
- l) Gastos por tratamiento de Síndrome de Deficiencia de la Hormona de Crecimiento y Tratamiento de reemplazo hormonal por menopausia.
- m) Gastos ocasionados por enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales y estrés en los que se requiera servicios de psiquiatría o psicología profesional como paciente externo, salvo que se haga constar en el Cuadro de Beneficios que aparece en la carátula de la póliza.
- n) Pruebas para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, déficit de atención, autismo, retraso psicomotor, orientación matrimonial, retraso del lenguaje, Hiperkinesia o hiperactivismo.
- o) Tratamientos y exámenes practicados por podiatras, quiroprácticos, homeópatas, acupunturistas, naturistas, medicina holística y terapia celular.
- p) Suplementos alimenticios y vitaminas, excepto cuando sean necesarias para el tratamiento de una enfermedad o estén indicados en la Cobertura de Control de Niño Sano.
- q) 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.
- r) Los padecimientos congénitos de cualquier naturaleza 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.

- s) 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.
- t) Tratamientos cosméticos (incluyendo melasma y cloasma) y de Cirugía plástica, excepto en lo estipulado en Literal m de la Cláusula Quinta.
- u) 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.
- v) Las enfermedades crónicas degenerativas y los padecimientos preexistentes serán limitados al periodo de espera que aparece indicado en el cuadro de beneficios de la presente póliza, contado a partir de la fecha de iniciación, rehabilitación, aumento o cambio de beneficios de la cobertura de cada asegurado o familiar dependiente.
- w) No se cubrirán los tratamientos médicos, procedimientos quirúrgicos y suministros proporcionados al asegurado o familiar dependiente por médicos, enfermeros, fisioterapeutas y anesthesiólogos que se encuentren comprendidos con estos dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.
- x) Aislamiento, curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o periodos de cuarentena.

### **CLAUSULA TERCERA. FORMAN PARTE 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.

### **CLAUSULA CUARTA. DEFINICIONES**

Para efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes.

**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.

**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 (incluyéndose en esta definición las lesiones provocadas por inmersión), siempre que sean producidas por la acción directa o violenta de causas externas o fortuitas.

**Hospital:** Es todo establecimiento privado establecido 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 asegurado necesite las 24 horas del día, los siete días de la semana.

**Clínica:** Es todo establecimiento privado establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, que cuenta con el equipo y el personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento ambulatorio que el asegurado necesite y que no consta de servicio de internamiento.

**Monto Máximo Vitalicio:** Es la suma máxima a reembolsar por el conjunto de siniestros que pudiera presentar el asegurado mientras esté vigente la protección que otorga la cobertura de este seguro, debiéndosele aplicar a este valor los deducibles y coaseguros correspondientes establecidos en el cuadro de beneficios de esta póliza.

Si un asegurado 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 que se establece en las condiciones especiales de esta póliza a cargo de cada asegurado 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 que se establece en las condiciones especiales de esta póliza a cargo de cada asegurado 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:** Monto a reconocer por atención y servicios médicos, que no excede el nivel general de cargos por suministros o tratamientos iguales brindados en la misma localidad a individuos de iguales condiciones de riesgo y que se aplica a todos los cargos elegibles que no aparecen en los aranceles establecidos por la Compañía ni en los contratos negociados con los proveedores.

**Residencia:** Para gozar de los beneficios de este Contrato los asegurados y familiares dependientes deberán de residir en cualquier lugar dentro del territorio 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 y Enfermedades Declaradas:** Aquellas que el asegurado ha mencionado en su declaración de salud al momento de suscribir el seguro.

**Padecimientos Preexistentes:** Se entiende como tales aquellas enfermedades, lesiones o condiciones de cada asegurado o familiar dependiente, que antes de la fecha de iniciación de la cobertura, aumento o cambio de beneficios:

- Fueron advertidas, consultadas, diagnosticadas o tratadas por un médico ó;
- No pudieron pasar desapercibidos dada la evolución natural de la enfermedad, sus síntomas o sus signos.

**Enfermedad Crónica Degenerativas y sus Tratamientos:** Se consideran como tales las siguientes enfermedades independientemente de que sean o no preexistentes, hubieren sido declaradas o no: diabetes mellitus, hipertensión arterial y sus secuelas, isquemia cerebral transitoria, asma, bronquitis crónica, efisema, enfermedades ácido pépticas, artritis, osteoporosis, insuficiencias cardíacas, renales o venosas, angina de pecho, colecistitis, litiasis renal, tumores benignos o malignos, leucemia, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cualquier tratamiento quirúrgico relacionado con el aparato genital femenino (útero o sus anexos), Cistocele, Rectocele en todos sus grados, hemorroides, septoplastía y rinoseptoplastía no estéticas, amigdalectomías, adenoidectomías, circuncisión, prostatectomía, hallux valgus, valvulopatías, corrección de cifosis y escoliosis de la columna vertebral, pterygion, catarata, hernias de cualquier tipo, artroscopías de rodillas, menisectomías, Parkinson, Alzheimer y epilepsia.

## **CLAUSULA QUINTA. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD.**

El Límite de responsabilidad máximo son la cantidad del máximo vitalicio contratado por el Asegurado y sus dependientes el cual se describe en las Condiciones Particulares.

## **CLAUSULA SEXTA. INDISPUTABILIDAD.**

Este contrato se basa en la solicitud del Asegurado y sus declaraciones complementarias y, por consiguiente, cualquier dato inexacto u ocultado, que conocido por la Compañía la hubiere retraído a emitir esta Póliza o llevado a modificar sus condiciones, serán causas de anulación de este contrato cuando se hubiere actuado con dolo o culpa grave; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifiestare al Asegurado su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento. Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causas de nulidad, mediante manifestación que éste hará a la Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuviere conocimiento de las declaraciones inexactas o de la reticencia.

Después de que la Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor, durante un año su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del contratante.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada certificado, después de que haya estado en vigor, por un período de un año contado desde la fecha de la última inscripción ininterrumpidamente en el correspondiente registro del asegurado excepto lo dispuesto en la Cláusula Vigésima a la declaración de edad.

## **CLAUSULA SEPTIMA. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS.**

El Asegurado está obligado 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, reticencia, disimulo, falsedad, ocultamiento e inexactitud en las manifestaciones hechas por el Asegurado eximirán a la Compañía de toda obligación respecto a éste seguro en cualquier momento que tenga conocimiento de la inexactitud, ocultamiento y reticencia. La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o reticencia.

La compañía 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 primer año. Si el riesgo se realizará antes que haya

transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada la compañía a pagar la indemnización.

Si el Asegurado 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 tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por La Compañía o antes de ésta 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. Se estará sujeto, además, a lo dispuesto en el Código de Comercio.

#### **CLAUSULA OCTAVA. PAGO DE PRIMAS.**

La póliza tendrá vigencia de un mes contado a partir de la fecha de su cobertura; renovable automáticamente hasta por un (1) año.

La Compañía puede terminar el contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al asegurado o Contratante por lo menos con 30 días calendario de anticipación.

La Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas. Para los efectos del cobro o devolución de primas por el concepto de ingresos o egresos de Asegurados, respectivamente:

La Aseguradora otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el Asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada. Si la Aseguradora no recibe el pago de la prima antes de que expire el período de gracia, la Póliza y todas sus coberturas serán canceladas en la fecha original de vencimiento de la prima.

#### **CLAUSULA NOVENA. VIGENCIA**

##### **1. 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 calendario 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 calendario 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) No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicara a lo previsto en los artículos 1133, 1134 y 1165 de Código de Comercio. Y si por otras circunstancias ajenas a su voluntad el Asegurado decide rescindir el contrato, la Compañía devolverá la prima no devengada.

#### **2. INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURO PARA CADA ASEGURADO Y FAMILIAR DEPENDIENTE**

- a) **Inicio:** La cobertura del Seguro para cada asegurado o familiar dependiente aceptados por la Compañía, inicia a las doce horas del mediodía de la fecha que aparece en la póliza o endoso correspondiente emitido por la Compañía.
- b) **Terminación:** El seguro de cualquier asegurado o familiar dependiente y con ello los beneficios que confiere la presente póliza, cesarán automática e inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes hechos:
  1. El cumplimiento de la edad que se establece en la Cláusula Octava en lo relativo a elegibilidad.
  2. Vencimiento del período por el cual se pagó la última prima, a cuenta del asegurado o no haberse efectuado el pago de primas correspondiente al mismo.
  3. Haber finalizado su relación de trabajo con el contratante ya sea por muerte, despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia o jubilación.
  4. Por omisiones, declaraciones inexactas o declaraciones falsas debidamente comprobadas.
  5. Terminación del contrato.
  6. Por haber agotado el máximo vitalicio descrito en el cuadro de beneficios que aparece en la carátula de la póliza.

#### **3. 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 dentro de la vigencia del Contrato deben ser notificados en los primeros treinta (30) días de nacido, acompañando el 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 efectiva a partir del décimo día de nacido. En

caso que sea notificado posterior a los treinta días de nacido, 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 efectiva del primer día del mes siguiente de la aceptación.

- El asegurado que contraiga matrimonio dentro de la vigencia del Contrato podrá solicitar la inclusión de su cónyuge si es elegible, mediante presentación de declaración de salud, dentro de los treinta (30) días siguientes al acontecimiento, adjuntando el formulario de inscripción de familiar dependiente, así como la fotocopia del certificado de matrimonio y esperar la aceptación de la Compañía. Si la cobertura mencionada es aceptada por la Compañía, se iniciará a partir del primer día del mes siguiente de su aceptación.

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.

#### **4. ESTIPULACIONES APLICABLES AL ASEGURADO PRINCIPAL Y SUS FAMILIARES DEPENDIENTES.**

##### **Definición:**

##### **Asegurado Principal**

Aquella persona que ha cumplido con todos los requisitos y condiciones exigidas en este contrato y que ha sido aceptada por escrito por parte de la Compañía.

##### **Dependientes:**

##### **Se consideran dependientes:**

- a) El cónyuge o en su defecto la persona con quien el asegurado vive en calidad de compañero o compañera permanente y que ha sido aceptada por escrito por parte de la Compañía.
- b) Los hijos solteros de un asegurado incluyendo hijastros o hijos adoptados legalmente que no se encuentren cubiertos en calidad de asegurado principal y que ha sido aceptada por escrito por parte de la Compañía.

##### **ELEGIBILIDAD**

##### **Asegurado Principal:**

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

- a) La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre 15 y 65 años de edad, renovables hasta los 70 años de edad.
- 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 al mismo grupo o empresa que ha contratada la póliza.

##### **Dependientes:**

##### **Cónyuges:**

- a) La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre 15 y 60 años de edad, renovables hasta los 70 años de edad.
- b) Si el cónyuge 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.

##### **Hijos:**

- a) La edad comprendida desde el décimo día de nacido hasta los 19 años de edad, extendiéndoseles la cobertura hasta los 23 años de edad, siempre y cuando dichos dependientes sean estudiantes de tiempo completo en un colegio acreditado o en una universidad y dependan económicamente del asegurado principal para su ayuda y sostenimiento.

#### **CLAUSULA DECIMA. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**

El contratante estará obligado a cumplir con las siguientes disposiciones:

- a) Adjuntar en formato electrónico, los datos generales de los asegurados.
- b) Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- c) Pagar a la Institución de Seguros la prima total.
- d) Informar por escrito a la Institución de Seguros:
  - El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la Institución de Seguros;
  - La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
  - Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza; y,
  - La terminación de su calidad como contratante.

#### **CLAUSULA DECIMA PRIMERA. PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE**

El contratante no podrá en ningún momento:

- a) Presentar información falsa de los asegurados a la Institución de Seguros.
- b) Efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada por la Institución de Seguros.
- c) No pagar en su debido momento a la Institución de Seguros, la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.
- d) Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Institución de Seguros y que pertenecen al asegurado o a sus beneficiarios.

**CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.  
AGRAVACION DEL RIESGO.**

Si el Asegurado, durante la vigencia de esta Póliza, cambiara de profesión o llegara a ejercer su profesión dentro de Condiciones distintas de las que indicó en su solicitud; si estableciera su domicilio definitivo fuera de Honduras, es decir, si llegara a modificarse el riesgo en una u otra forma, tal hecho debe ser comunicado dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca a La Compañía mediante carta con acuse de recibo.

Si las modificaciones constituyeran una agravación esencial del riesgo, La Compañía tendrá la facultad de rescindir el contrato, sin embargo, la responsabilidad de la Aseguradora concluirá quince (15) calendario después de haber comunicado su resolución al Asegurado; o podrá modificar la prima por el período que falta hasta el vencimiento del seguro, según la tarifa de riesgo vigente. Si el Asegurado no aceptara tal modificación de las primas, la Póliza será cancelada y, en tal caso, La Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro. En cambio, si las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente.

**CLAUSULA DECIMA TERCERA:  
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 no 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.
- e) 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 CUARTA. 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 quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban de dicha realización.

#### **CLAUSULA DECIMA QUINTA. CONTROVERSIAS.**

Cualquier controversia o conflicto entre La Aseguradora y El Contratante o Asegurado 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, conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

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.

#### **CLAUSULA DECIMA SEXTA. 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 sus 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 SEPTIMA. OTROS SEGUROS.**

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

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

De confirmar el Asegurado que 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, está 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 DECIMA OCTAVA. SUBROGACION.**

Como consecuencia del pago de cualquier indemnización, la Compañía se subrogará en los derechos del asegurado, así como en las acciones que a este competan 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 NOVENA. TERRITORIALIDAD.**

Para gozar de los beneficios de este Contrato los asegurados y familiares dependientes deberán de residir en cualquier lugar dentro del territorio 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.

#### **CLAUSULA VIGESIMA. EDAD.**

Para formar parte del grupo asegurado se requiere que, en el momento de la inscripción, la edad del asegurado en su cumpleaños más próximo, esté comprendida entre los 15 y 65 años.

El seguro terminará automáticamente a la finalización del período cubierto por la última prima pagada antes de haber alcanzado el asegurado la edad de 70 años, aun cuando reúna las demás condiciones necesarias para formar parte del grupo. Si se hubiere incluido en

el grupo Asegurado individuos mayores de 65 años de edad, por dolo del contratante o del asegurado, la compañía no asume ninguna responsabilidad por acaecimiento del riesgo y el Contratante no tendrá derecho a la devolución de las primas que por dichos Asegurados hubiese pagado.

La edad declarada por el asegurado deberá comprobarse antes de efectuarse el pago de la suma asegurada correspondiente. Si el asegurado hiciese la comprobación en vida, la compañía extenderá una constancia de ello y no exigirá nuevas pruebas de edad para hacer el pago.

Si la edad declarada por el asegurado no coincidiera con su edad real, se estará a lo dispuesto en los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

#### **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA. PERIODO DE GRACIA.**

No obstante, en caso de no hacer efectivo el pago de las primas, se considerará un periodo de gracia de 30 días calendario para el pago de las primas, caso contrario cesarán los efectos del seguro.

#### **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA. 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.

#### **CLAUSULA VIGESIMA TERCERA. PAGO DE LOS BENEFICIOS.**

Todo pago que realice la Compañía en amparo a esta póliza estará sujeto a lo definido como monto máximo vitalicio, deducible, coaseguro, porcentaje de reembolso, razonable y acostumbrado y al resto de Condiciones Generales, Especiales y anexos.

#### **CLAUSULA VIGESIMA 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 calendario siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución y si ésta 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 VIGESIMA 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 VIGESIMA 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, Municipio del Distrito Central salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, pueda hacerse en algunas de sus agencias o sucursales.

#### **CLAUSULA VIGESIMA SEPTIMA. REPOSICION.**

En caso de destrucción, robo o extravió de la póliza o de cualquier documento relacionado con la póliza, 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 VIGESIMA OCTAVA: REPORTES**

La Compañía no está obligada a extender reportes relativos a siniestralidad, listado de asegurados y otros.

#### **CLAUSULA VIGESIMA NOVENA: 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 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 Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

**CLAUSULA TRIGESIMA. NORMAS SUPLETORIAS**

En lo no previsto en el presente Contrato, se

aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, La Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás leyes pertinentes.

**VIII) Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza**

Declaro expresamente que:

1. 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.

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla Periódicamente.

4. Autorizo a Crefisa, Compañía de Seguros S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la póliza de la cual forma parte el presente documento.

**Declaración y origen de fondos y aceptación de cláusula.**

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobase que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Crefisa Compañía de Seguros S.A. de toda obligación de indemnizar.

Queda entendido y convenido que la presente Solicitud - Certificado, Carátula, Condiciones Generales y Anexos (si los hubiere) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Dado en la Ciudad de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**  
(Huella digital si no  
puede escribir)

\_\_\_\_\_  
**Firma del Titular de la póliza**  
(Huella digital si no puede  
escribir)

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello**  
**Seguros Crefisa**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Intermediario**

**Código No** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Intermediario**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Oficial de Negocios**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Oficial del Negocios**