

Para uso exclusivo de la Compañía | Póliza No.: _____ | Zona: _____

Persona Natural
Persona Jurídica
Comerciante Individual

I. Datos representante legal / persona natural / comerciante individual

Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de identificación Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>			Número de identificación			RTN	
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Edad	Lugar de nacimiento: Municipio Departamento			Nacionalidad(es) 1 2	
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Actividad económica principal Asalariado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/>			
Profesión, ocupación u oficio		Celular		Teléfono fijo		Correo electrónico personal	
Dirección de residencia persona natural / representante legal / comerciante individual							
Departamento		Municipio			Ciudad		
Colonia		Bloque	Calle	Avenida		No. De casa	
Dirección referenciada							
Nombre completo del cónyuge (si aplica)				Número de identidad del cónyuge			
Nombre de la empresa donde labora o nombre del negocio				Giro o actividad económica			
Posición o cargo que desempeña						Fecha de empleo Día Mes Año	
Dirección de la empresa donde labora o negocio propio							
Departamento		Municipio			Ciudad		
Colonia		Bloque	Calle	Avenida			
Dirección referenciada							
Teléfono		Correo laboral		Sitio Web		Fax	
Si el asegurado es estudiante o ama de casa , favor proporcionar la siguiente información:		Nombre completo de la persona de quien depende económicamente					
Número de identidad		Actividad económica que desarrolla			Parentesco		
¿Desempeña o ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Institución		Cargo público		Período	
¿Usted actúa en nombre propio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si su respuesta es negativa, especifique a continuación:					
Nombre completo			Identidad		Relación (financiera, personal)		
¿Es usted un cliente APNFD? APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas		Indicar que actividad APNFD realiza: Se solicita adjuntar constancia de inscripción en la URMOPRELAFT					
¿Es usted PEP? PEP = Persona Expuesta Públicamente		Si su respuesta es Sí, deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacional y extranjero)					

Información financiera de representante legal / persona natural / comerciante individual

Especifique su fuente de ingresos:							
A cuántos salarios mínimos equivale su ingreso mensual (actividad económica principal)			Recibe ingresos diferentes a su actividad principal Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si su respuesta fue sí, favor detalle:	
De 0 – 3 <input type="checkbox"/>		De 4 – 6 <input type="checkbox"/>		Fuente de ingresos:		Valor mensual estimado:	
De 7 – 10 <input type="checkbox"/>		De 11 – 20 <input type="checkbox"/>		Realiza transacciones en moneda extranjera		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
De 21 – 50 <input type="checkbox"/>		De 50 en adelante <input type="checkbox"/>		Tipo de moneda		Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra:	

Referencias bancarias o comerciales

Nombre		Teléfono		Nombre		Teléfono	

II. Datos persona jurídica / contratante de la póliza

Denominación y razón social			
RTN	Fecha de constitución: Día Mes Año	No. De inscripción en registro mercantil	Objeto social y/o actividad económica
¿La empresa tiene oficinas en otros departamentos o en el extranjero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:		¿Pertenece a un grupo financiero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Detalle a qué grupo financiero
¿Es usted un cliente APNFD? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas		Indicar que actividad APNFD realiza: Se solicita adjuntar constancia de inscripción en la URMOPRELAFT	
¿La empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si su respuesta fue afirmativa, ¿Cómo lo hace? Seminarios <input type="checkbox"/> Capacitaciones <input type="checkbox"/> Trifolios <input type="checkbox"/> Otros:	

Dirección de la empresa

Departamento		Municipio	Ciudad	Colonia
Calle	Avenida	Bloque		No. De casa
Dirección referenciada				
Teléfono	Correo electrónico		Sitio web	Fax

III. Información de accionistas Detallar sus dueños hasta llegar al beneficiario final

Nombre completo y/o denominación social	Tipo de identificación	No. De identificación	Origen de los fondos	Participación (%)	¿Es un PEP? Sí / No

Si su respuesta es Sí, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros) "Debe completar el formulario de **Certificación de Socios**, si una persona jurídica es propietaria del 25% o más de la sociedad"

¿Son todos los accionistas o asociados, antes descritos, los beneficiarios finales? Sí No Si su respuesta es negativa favor completar **Certificación de Socios**.

IV. Indicar los miembros que conforman la junta directiva y/o consejo de administración (control de la sociedad)

Nombre completo y/o denominación social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	¿Es un PEP? Sí / No

Si su respuesta es Sí, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)

V. Información financiera del contratante (Seleccione los valores que correspondan)

Ingresos y egresos (Lempiras)	Total ingresos anuales	Total egresos anuales	Activos y pasivos (Lempiras)	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de L 500,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 500,000 a 1 millón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 500,000 a 1 millón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 1 millón a L 5 millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 1 millón a L 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 L 10 millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 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 millones	<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

Nombre	Teléfono

Referencias de proveedores que le brindan servicios

Nombre	Teléfono

VI. Información de seguros

Propósito del seguro	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Aseguradora
Tipo(s) de seguro(s)	Suma(s) asegurada(s)

VII. Datos de la póliza

Desde:	A las 12:00 horas del medio día	Hasta:	A las 12:00 horas del medio día
Participación del contratante en el pago de prima	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Porcentaje:	
Participación del asegurado principal en el pago de prima	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Porcentaje:	
Participación del asegurado principal en el pago de prima para dependientes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Porcentaje:	

Cobertura(as) o ramo a contratar

Seguro Colectivo de Vida <input type="checkbox"/>	Seguro Médico Hospitalario <input type="checkbox"/>	Seguro Colectivo de Vida y Medico Hospitalario <input type="checkbox"/>
---	---	---

Condiciones para formar parte del grupo asegurable

- a) Edad comprendida entre 15 años a 65 años en el cumpleaños más próximo, renovable a los 70 años
 b) Tener como mínimo dos meses de pertenecer al grupo asegurable
 c) Número de miembros que formarán parte del grupo asegurable Vida: _____
 d) Número de miembros que formarán parte del grupo asegurable Médico: _____

Forma de pago

<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria No.	Efectivo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito No.	Fraccionamiento Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. De pagos
<input type="checkbox"/> Cheque No.	Primer pago Sub-siguientes

VIII. Suma asegurada

La suma asegurada para cada miembro del grupo asegurable, se determinará de acuerdo con las bases que abajo se consignan; sin embargo, el máximo de suma asegurada que se podrá conceder sobre una vida, en ningún caso será superior a la que resulte de multiplicar la suma asegurada promedio del grupo, por lo factores que aparecen a continuación: (marcar el factor correspondiente según el número de asegurados)

No. De asegurados / Factor	No. De asegurados / Factor	No. De asegurados / Factor
20-24 / 2 <input type="checkbox"/>	100-149 / 5 <input type="checkbox"/>	300-399 / 8 <input type="checkbox"/>
25-49 / 3 <input type="checkbox"/>	150-199 / 6 <input type="checkbox"/>	400-499 / 9 <input type="checkbox"/>
50-99 / 4 <input type="checkbox"/>	200-299 / 7 <input type="checkbox"/>	500 o más / 10 <input type="checkbox"/>

IX. Cobertura Básica de Vida

Muerte

X. Coberturas Adicionales

Cobertura	Si	No
1. Beneficio por incapacidad total y permanente a causa de una enfermedad o accidente		
2. Beneficio de exoneración del pago de primas por incapacidad total y permanente		
3. Beneficio por muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental		
4. Gastos fúnebres		
5. Anticipo parcial de la suma básica en caso de enfermedad terminal		
6. Repatriación		
7. Gastos médicos por accidente		
8. Renta diaria por incapacidad temporal por accidente		

XI. Cobertura Básica de Medico Hospitalario

- a) Gastos por suministros de hospital:
- 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 Particulares, sin exceder de trescientos sesenta y cinco (365) días por cada período de incapacidad.
 - Derecho al uso de sala de emergencias, sala de operaciones, cuidados intensivos y ambulancia.
 - Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, suministrados dentro del hospital.
 - 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.
 - Gastos por consumo de oxígeno, terapia de inhalación, transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares.
 - 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 anestesiólogo 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 neuro-conducción o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o

accidentes 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 diez (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 ciento ochenta (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, del ciento ochenta (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.

o) Beneficio de maternidad sujeto a las siguientes condiciones:

1. El reembolso por los gastos de maternidad quedarán sujetos al arancel específico por esta cobertura.
2. El beneficio de maternidad queda amparado siempre y cuando el embarazo se origine seis (6) meses posteriores al inicio de cobertura de la póliza. Dicho beneficio ampara únicamente a la asegurada principal y a la conyugue del asegurado.
3. Queda entendido y convenido que los gastos por el recién nacido sano (sala cuna y control de pediatría) no serán cubiertos bajo el beneficio de maternidad, a excepción de lo mencionado en los gastos cubiertos.

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguro. Declaro que lo manifestado anteriormente, así como la información contenida en la relación del grupo asegurable son verdaderas y exactas, y que además todas las personas que aparecen en la relación gozan de buena salud a mi leal saber y entender; sin embargo, si al momento de emitir la póliza solicitada alguno de ellos estuviera enfermo, quedará excluido del seguro pudiendo ser incorporado, al desaparecer la causa que motiva su exclusión.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO DE VIDA

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 Compañía 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.

CLÁUSULA No.1: COBERTURA

COBERTURA BÁSICA: MUERTE.

La Compañía se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada si ocurre el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la cobertura de la póliza.

COBERTURAS ADICIONALES

El Contratante de la póliza tendrá a su disposición la opción de contratar las coberturas o beneficios adicionales que se ofrecen para el Seguro Colectivo de Vida, contra el pago de la prima adicional correspondiente, las cuales se detallan a continuación:

1. BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTES
2. BENEFICIO DE EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
3. BENEFICIO POR MUERTE, DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA ACCIDENTAL

OTRAS COBERTURAS ADICIONALES:

El Contratante de la póliza tendrá a su disposición la opción de contratar las otras coberturas o beneficios adicionales que se ofrecen para el Seguro Colectivo de Vida, contra el pago de la prima adicional correspondiente, las cuales se detallan a continuación:

1. GASTOS FÚNEBRES
2. ANTICIPO PARCIAL DE LA SUMA BÁSICA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL
3. REPATRIACIÓN
4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
5. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

CLÁUSULA No.2: EXCLUSIONES

Cobertura Principal

La póliza excluye la muerte que resulte a consecuencia de actos de terrorismo perpetrados o cometidos por una o más personas que sean o no miembros de una organización, o que tengan alguna conexión o se motiven por hostilidades, acciones u operaciones de guerra, invasión o actos de enemigo extranjero haya o no declaración o estado de guerra; o en guerra intestina, revolución, rebelión, insurrección, conspiración u otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del país aunque no sean a mano armada en poder militar o usurpación de poder; o en la administración o gobierno de cualquier territorio o zona del país en estado de sitio o bajo el control de autoridades militares o en confiscación que requiera por cualquier poder civil o militar.

En caso de fallecimiento de un Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental, dentro de los dos (2) años siguientes a la última fecha de su inscripción ininterrumpida, la Compañía solamente quedará obligada a devolver al Contratante las primas que éste hubiere pagado en relación con el Asegurado, durante el año Póliza en que ocurre el evento. Después de transcurridos esos dos años, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente. No obstante, se podrá pactar en forma particular con la compañía que se contemple la cobertura de suicidio a partir del primer día de vigencia, lo cual deberá dejarse expresamente estipulado en la Póliza.

CLÁUSULA No.3: 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 Condiciones Particulares contenidas en la presente póliza, los certificados individuales, los Endosos y Anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA No.4: DEFINICIONES

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

- 1) ASEGURADO: Es la persona que está cubierta por la Póliza.
- 2) CERTIFICADO INDIVIDUAL: Es el documento que se le entrega a cada asegurado con el detalle de la suma asegurada por cada una de las coberturas y/o beneficios contratados en la póliza.
- 3) COMPAÑÍA: Se entiende por Seguros Crefisa, S.A., y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato.
- 4) CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Compañía, se compromete que mediante el pago de prima transfiere a la Compañía el riesgo de la pérdida de ingresos de cualquier de los empleados suscritos a la póliza como consecuencia de fallecimiento.

- 5) COMISIÓN: La Comisión Nacional de Bancos y Seguros creada mediante Decreto Legislativo No.155-95 del 10 de noviembre de 1995.
- 6) CONDICIONES PARTICULARES: Son las condiciones especiales que se pactan con cada uno de los diferentes Contratantes. (quitar negrita en el concepto)
- 7) EDAD: Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.
- 8) EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Después de esta edad la cobertura se considera terminada automáticamente para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima respecto a la cobertura de la Póliza.
- 9) GRUPO ASEGURADO: Está conformado por todos los empleados de la empresa y que tengan buen estado de salud.
- 10) LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS: Regula la creación, Organización, Funcionamiento, Fusión, Convención, Escisión, Liquidación y Supervisión de las Instituciones que realicen actividades u operaciones de Seguros y Reaseguros.
- 11) MÉDICO: Persona calificada por un grado en medicina que está legalmente autorizado en el área geográfica de su práctica para otorgar servicios médicos o quirúrgicos, pero excluyendo el Médico siendo el mismo Asegurado o miembro de la familia inmediata del Asegurado o relacionado en forma similar al Asegurado.
- 12) PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO: Es el documento o conjunto de documentos que regulan la relación contractual del seguro y que están compuestos por las Condiciones Generales, Especiales si las hubiere y las Condiciones Particulares.
- 13) PRIMA: Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra los riesgos contratados.
- 14) RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA: Será a cargo del Contratante como responsable del seguro.
- 15) SINIESTRO: Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado (en la cobertura principal será la muerte del Asegurado) que, amparado por el presente seguro, obliga a la Compañía al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato (coberturas Adicionales).
- 16) SEGURO TEMPORAL: Es aquel que se contrata por un período de tiempo determinado.
- 17) TERRORISMO: Se define como terrorismo los actos de violencia y maldad ejecutados para amedrentar a ciertos sectores sociales o a una población determinada o para desorganizar una estructura económica, social y política, por medio de la utilización de armas de fuego, bombas, granadas, sustancias u otros medios convertidos en explosivos o en medios incendiarios de cualquier clase, incluyendo específicamente aviones u otros vehículos o personas.

CLÁUSULA No.5: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite de responsabilidad máximo son las cantidades que pagará la Compañía por las Sumas Aseguradas contratadas y descritas en el Certificado Individual.

CLÁUSULA No.6: SUMA ASEGURADA.

La suma asegurada para cada Asegurado será la que corresponda, de acuerdo con la clasificación consignada en el Anexo de solicitud que forma parte integrante de esta Póliza.

Sin embargo, el máximo de suma asegurada que se podrá conceder sobre una vida, en ningún caso será superior a la que resulte de multiplicar la suma asegurada promedio del Grupo, por los factores que aparecen a continuación.

No. DE ASEGURADOS	FACTOR	No. DE ASEGURADOS	FACTOR
20 – 24	2		
25 – 49	3		
50 – 99	4	300 – 399	8
100 – 149	5	400 – 499	9
150 – 199	6	500 ó MAS	10
200 – 299	7		

CLÁUSULA No.7: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Contratante deberá constar que las declaraciones y contestaciones descritas tanto en solicitud del Contratante sobre el giro de la empresa, procedencia de sus fondos, y así mismo las declaraciones descritas por el asegurado en la solicitud de inscripción que completa sobre sus condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos, fueron descritas y dictadas por el mismo, voluntariamente y deja expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, La Compañía podrá excluir o cancelar la cobertura del presente seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato.

CLÁUSULA No.8: PAGO DE PRIMA.

Esta Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales; sin embargo, tanto la del primer (1) año como la de los años siguientes, pueden ser pagadas por semestres, trimestres o meses, siempre anticipadamente, de acuerdo con la tarifa que tenga en vigor la Compañía a la fecha de emisión de la Póliza.

La forma de pago de la prima puede ser cambiada en cualquiera de los aniversarios de la Póliza previa solicitud escrita a la Compañía mediante Anexo firmado y adherido a la Póliza en el que se haga constar la modificación. No se considerará como efectuado el pago de ninguna prima, a menos que este conste en el recibo oficial de La Compañía. El pago de una prima mantiene en vigencia el seguro sólo durante el periodo comprendido entre tal pago y la fecha en que deba cubrirse la siguiente prima, con excepción de lo previsto en la cláusula séptima de este contrato.

Las primas deberán pagarse el día de su vencimiento o antes, y su pago deberá acreditarse por medio de recibo de la Compañía refrendado por la persona debidamente autorizada para ello. La Compañía no estará obligada a cobrar las primas en el domicilio del Asegurado, ni a dar aviso de su vencimiento, y si lo hiciera no sentará precedente alguno de obligación.

1) CÁLCULO DE PRIMA

La Compañía calculará la prima 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 la vida de cada Asegurado, de acuerdo con su riesgo, edad, ocupación y suma asegurada.

2) AJUSTES A LA PRIMA

Para los efectos de cobro o devolución de primas por el concepto de ingresos o egresos de Asegurados, respectivamente:

EN CASO DE INCLUSIÓN: La Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la tarifa de seguros a corto plazo.

EN CASO DE DEVOLUCIÓN: La Compañía solamente tendrá derecho a la prima proporcional al tiempo corrido.

CLÁUSULA No.9: VIGENCIA

El seguro amparado por esta Póliza vencerá automáticamente a las doce (12) horas del mediodía de la fecha del vencimiento expresada al principio de esta misma Póliza, dadas las características de la póliza, la vigencia del Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

La Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales; sin embargo, tanto la del primer año como las de los años siguientes, pueden ser pagadas por meses, siempre anticipadamente.

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 de anticipación.

La Compañía renovará el 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 aniversario anual de la póliza las condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice.

Para los efectos del cobro o devolución de primas por el concepto de ingresos o egresos de Asegurados, respectivamente:

EN CASO DE INCLUSIÓN: La compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la tarifa de seguros a corto plazo calculada a prorrata.

EN CASO DE DEVOLUCIÓN: La compañía solamente tendrá derecho a la prima proporcional al tiempo corrido.

La Compañía 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 dicha 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 Compañía 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.

CLÁUSULA No.10: BENEFICIARIOS

El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de esta Póliza, podrá cambiar el beneficiario o beneficiarios sin necesidad del consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a la Compañía y ésta haga constar el cambio en la póliza. Sin embargo, si la designación del beneficiario fuese con carácter irrevocable, además de la autorización de dicho beneficiario, el Asegurado tendrá que notificárselo a la Compañía para realizar la anotación en la Póliza correspondiente.

La sustitución de beneficiario será registrada en la oficina principal a fin de que tenga validez. Una vez registrada, surtirá efecto desde la fecha de notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

Si hubiere varios beneficiarios designados y alguno de ellos muriese antes que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá únicamente entre los beneficiarios sobrevivientes, en la siguiente forma: por partes iguales si no se hubiere señalado cuota; y en proporción a sus respectivas cuotas, en caso de haberlas, todo ello sin perjuicio de pacto en contrario. Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado, o si este hubiese fallecido sin haber designado beneficiario, la suma asegurada se pagará a quienes fueren declarados judicialmente herederos del Asegurado.

CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de la Póliza, puede cambiar el beneficiario o beneficiarios sin necesidad del consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a la Compañía y ésta haga constar el cambio en el certificado correspondiente. Sin embargo, si la designación del beneficiario fuese con carácter irrevocable, además de la autorización de dicho beneficiario, el Asegurado tendrá que notificárselo a la Compañía para realizar la anotación en la Póliza correspondiente.

La sustitución de Beneficiario se hará constar en el Certificado Individual o en documento adherido; y una vez registrada, surtirá efecto desde la fecha de la notificación, sea que el Asegurado viviere o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de tal sustitución.

Si hubiere beneficiarios designados y alguno de ellos muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá únicamente entre los beneficiarios sobrevivientes, en la siguiente forma:

- a) Por partes iguales si no hubiese señalado cuota; y
- b) En proporción a sus respectivas cuotas en caso de haberlas.

Todo ello sin perjuicio de pacto en contrario.

Si ningún beneficiario sobreviviere al Asegurado, o si este hubiese fallecido sin haber designado beneficiarios, la suma asegurada se pagará a quienes fueren declarados judicialmente herederos del Asegurado.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiarios, en virtud de ser éste un derecho individual exclusivo de cada uno de los Asegurados

CLÁUSULA No.11: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

- Adjuntar en formato electrónico los datos generales de los asegurados.
- Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- Pagar a la Compañía la prima total.
- Informar por escrito a la Compañía:
 - a) El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la Compañía.

- b) La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
- c) Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza; y,
- d) La terminación de su calidad como contratante.

- Dar a conocer a las personas que se van asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado.
- Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima que le haya sido devuelta por la Compañía.

CLÁUSULA No.12: PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

- Presentar información falsa de los asegurados a la Compañía.
- Efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
- No pagar en su debido momento a la Compañía, la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.
- Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Compañía y que pertenecen al asegurado o a sus beneficiarios.
- El Contratante no podrá admitir su responsabilidad, ni hacer ofertas, promesas o pagos sin el consentimiento por escrito de la Compañía, la que tendrá el derecho. Si así lo deseara, de tomar por su cuenta y gestionar a nombre del Asegurado, la defensa o arreglo de cualquier reclamación o de seguir a nombre de él y en provecho propio, cualquier reclamación por indemnización o daños y perjuicios contra cualquier tercero.

CLÁUSULA No.13: AGRAVACIÓN 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 Compañía concluirá quince (15) días 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.

CLÁUSULA No.14: AVISO DEL SINIESTRO

Al recibir la notificación por la muerte de cualquiera de las personas amparadas por la póliza, para efectos de solicitar a la Compañía la indemnización de la suma asegurada será requisito la presentación de los siguientes documentos originales:

- a) Fotocopia de la Tarjeta de Identidad del fallecido o partida de nacimiento original.
- b) Certificado de defunción extendido por el
- c) Registro Nacional de las Personas.
- d) Certificación médica que indique la causa de las Muerte.
- e) Certificado de la autoridad que se hizo presente en el caso que la muerte fuese accidental, homicidio o suicidio.
- f) Fotocopia de la Tarjeta de Identidad de los beneficiarios, si los beneficiarios fuesen menores de edad, será necesario presentar partida de nacimiento de cada uno y fotocopia de la tarjeta de identidad del representante legal.

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

En caso de siniestro los beneficiarios del seguro tendrán un período de tres (3) años contados desde la fecha de realización del siniestro, para notificar a La Compañía, una vez transcurrido este plazo y no habiendo recibido notificación ni aviso del siniestro, La Compañía no asumirá responsabilidad en cuanto al pago de cualquier indemnización se refiera.

CLÁUSULA No.15: TERMINACIÓN ANTICIPADA

No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicara 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 aplicando la tarifa para seguro de corto plazo.

CLÁUSULA No.16: RENOVACIÓN

La Compañía renovará el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito y previa confirmación del Asegurado 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.

CLÁUSULA No.17: 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 de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Aseguradora haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA No.18: CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA No.19: COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones o declaraciones que hayan de hacerse a la Compañía se enviarán por escrito directamente al domicilio de ésta, en la ciudad de Tegucigalpa, Distrito Central.

Salvo el cobro de las indemnizaciones en caso de siniestro, todo lo relativo a la Póliza será tratado por conducto del Contratante y por tanto, todas las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los Asegurados, se considerará válida y eficazmente cumplidas cuando las haga a través del Contratante, que serán enviadas por escrito al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

CLÁUSULA No.20: TERRITORIALIDAD

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

CLÁUSULA No.21: SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental ya sea en estado de cordura o de demencia, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios, excepto cuando el suicidio ocurra antes de haber transcurrido dos (2) años completos ininterrumpidos de vigencia de la Póliza desde su emisión o desde su última rehabilitación, en cuyo caso la responsabilidad de la Compañía se limitará al reembolso del importe de la reserva matemática de la Póliza.

CLÁUSULA No.22: EDAD

Para formar parte del Grupo Asegurado se requiere que, en el momento de la inscripción, la edad de Asegurado en su cumpleaños más próximo, esté comprendido entre los quince (15) y sesenta y cuatro (64) años. La edad máxima de permanencia será de sesenta y nueve (69) años.

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.

CLÁUSULA No.23: PERÍODO DE GRACIA

Vencida una prima, el Asegurado disfrutará de un período de gracia de treinta (30) días, sin cargo de intereses, para el pago de la siguiente prima. La Póliza continuará en pleno vigor durante este período de gracia; pero en caso de muerte del Asegurado durante estos treinta días, la prima en descubierto será deducida del pago que La Compañía tuviere que hacer. Si al terminar el periodo de gracia la prima no ha sido pagada, esta Póliza se cancelará sin necesidad de aviso.

CLÁUSULA No.24: INDISPUTABILIDAD

Este Contrato se basa en las solicitudes del Contratante y Asegurados y, por consiguiente, cualquier declaración inexacta u oculta que conocida por la Compañía la hubiere retraído a emitir la Póliza o algún certificado o llevado a modificar sus condiciones, serán causas de anulación de este Contrato cuando el Contratante o los Asegurados hubieren obrado con dolo o culpa grave; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare al Contratante o Asegurados su deseo de impugnar el Contrato dentro de los tres meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante o Asegurados hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éstos harán a la Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta 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 contando desde la fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente registro del Asegurado, excepto lo dispuesto en la Cláusula Vigésima Octava referente a la Declaración de Edad y en las condiciones que establecen los Beneficios por Incapacidad Total y Permanente, Gastos Médicos Hospitalarios y por Muerte o Desmembramiento por causas Accidentales.

CLÁUSULA No.25: CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO

La Compañía emitirá un Certificado de Seguro por cada Asegurado que sea inscrito, en el que se hará constar los datos relativos al seguro y, además, contendrá aquellas condiciones de la Póliza que tengan relación con el Asegurado. Los certificados serán entregados a los Asegurados por intermedio del Contratante.

Los Asegurados podrán solicitar a la Compañía la anotación en los respectivos certificados de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos, especialmente los cambios de Beneficiarios y la comprobación de edad.

CLÁUSULA No.26: CESIÓN

Ninguna cesión de esta Póliza obliga a la Compañía a no ser que la hubiere notificado por escrito y firmada por el Asegurado y el Cesionario, lo cual se hará constar en el certificado Individual.

La Compañía no asume ninguna responsabilidad por la validez o suficiencia de las cesiones.

El Contratante sólo podrá aparecer como Cesionario del Seguro sólo por la parte que le corresponda para garantizar prestaciones laborales que el incumban, de conformidad con la ley y siempre que pague la prima individual correspondiente.

CLÁUSULA No.27: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURO

El seguro de cada Asegurado terminará al ocurrir cualquiera de los hechos siguientes:

- a) El cumplimiento de los setenta años de edad;
- b) La separación del Grupo Asegurado, sea que ésta se produzca por exclusión, renuncia, despido o pensión.
- c) Por falta de pago de primas.
- d) Terminación del Contrato.

CLÁUSULA No.28: INCUMPLIMIENTO DE LOS ASEGURADOS

Cuando un miembro del Grupo Asegurado no cumpla con su obligación de dar al Contratante la parte de la prima que pudiera corresponderle, éste podrá notificarlo a la Compañía para obtener la baja de aquel, en el registro de Asegurados.

CLÁUSULA No.29: PRUEBAS DEL FALLECIMIENTO.

La comprobación del fallecimiento del Asegurado se hará presentando a la Compañía, la información correspondiente en los formularios que ésta proporcione para tal fin de conformidad con las instrucciones contenidas en ellos.

CLÁUSULA No.30: OPCIONES DE LIQUIDACIÓN

El Asegurado o los beneficiarios en su caso, si no desean que el importe de la suma asegurada les sea pagado en una sola exhibición, pueden elegir cualquiera de las opciones que ofrezca la Compañía.

CLÁUSULA No.31: LUGAR DE PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

El pago de cualquier indemnización en virtud de este contrato, lo hará la Compañía en su domicilio social, en la ciudad de Tegucigalpa, salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, puedan hacerse en algunas de sus Agencias o Sucursales.

CLÁUSULA No.32: EXENCIÓN DE RESTRICCIONES

La presente Póliza está exenta de restricciones respecto a residencia, ocupación, viajes o género de vida de los asegurados.

CLÁUSULA No.33: MODIFICACIONES

En los términos de la 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 consten por escrito y debidamente autorizado por la Compañía. Los Agentes no están facultados para modificar las Condiciones de la póliza.

CLÁUSULA No.34: DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO

Cualquier Asegurado que deje de pertenecer al Grupo Asegurado, tendrá derecho a que la Compañía le expida, sin necesidad de examen médico, una Póliza de cualquiera de los planes de Seguro Individual Temporal un (1) año, con excepción del Seguro Temporal a largo plazo 5,10,15 y 20 años, que aquella otorgue, por una suma igual o menor a la última suma asegurada que disfrutaba mediante la Póliza, y sin ningún beneficio adicional.

Para ejercer este derecho, la presente Póliza habrá de estar en vigor, y el interesado deberá:

- a) Ser menor de sesenta (60) años de edad
- b) Solicitar el seguro por escrito a la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que deje de formar parte del Grupo Asegurado
- c) Pagar la prima que corresponda conforme a su edad alcanzada y a su ocupación, según las tarifas vigentes en la Compañía.

CLÁUSULA No.35: CAMBIO DE CONTRATANTE

Si el contratante fuera sustituido por otro deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de los treinta (30) días 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.

CLÁUSULA No.36: REPOSICIÓN

En caso de destrucción, extravío o robo 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.

CLÁUSULA No.37: ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

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

Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA No.38: 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 Seguros, y demás leyes pertinentes.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO 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

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA

COBERTURA BÁSICA:

La Compañía reconocerá al asegurado o a cualquiera de sus familiares dependientes elegibles, los gastos médicos en que incurran a consecuencia de enfermedades o accidentes amparados en la póliza y que adelante se mencionan con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la póliza y Anexos, si los hubiere, mientras se encuentre formando parte del Grupo Asegurado.

a) Gastos por suministros de hospital:

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 Particulares, sin exceder de trescientos sesenta y cinco (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.
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 anestesiólogo 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 neuro-conducción 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 diez (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 ciento ochenta (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, del ciento ochenta (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.

o) Beneficio de maternidad sujeto a las siguientes condiciones:

1. El reembolso por los gastos de maternidad quedarán sujetos al arancel específico por esta cobertura.
2. El beneficio de maternidad queda amparado siempre y cuando el embarazo se origine seis (6) meses posteriores al inicio de cobertura de la póliza. Dicho beneficio ampara únicamente a la asegurada principal y a la conyugue del asegurado.
3. Queda entendido y convenido que los gastos por el recién nacido sano (sala cuna y control de pediatría) no serán cubiertos bajo el beneficio de maternidad, a excepción de lo mencionado en los gastos cubiertos.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES

La presente póliza en ninguna forma cubre los siguientes gastos, aun 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.

b) 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.

c) Tratamiento dental y la Disfunción Tempera-Mandibular, excepto el originado por causas accidentales, contempladas en la Cláusula 1 Cobertura, literal "I"- de estas Condiciones Generales, salvo que se pague la prima por la cobertura adicional de plan dental y conste en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

e) Tratamiento, asesoramiento, internamiento por ingestión de bebidas alcohólicas, drogas, o cualquier otro tipo de estupefaciente; consecuencia de alcoholismo o drogadicción.

f) Lesiones o enfermedades causadas por fenómenos sísmicos, actos de guerra (Sea está 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.

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, Rafting, Canopy, salto de caída libre, deportes aéreos, y cualquier otro deporte o actividad peligrosa.

h) Gastos por objetos para el confort personal, tales como aparatos de radio, televisión, internet 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 las Condiciones y en el cuadro de beneficios que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

k) Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para disfunción sexual, impotencia o insuficiencias sexuales o transformación sexual. Cualquier complicación, consecuencia y/o secuela tratada con el medicamento Sineldafil (VIAGRA) o cualquier otro medicamento genérico o similar a éste.

l) 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.

m) Gastos por tratamiento de Síndrome de Deficiencia de la Hormona de Crecimiento y Tratamiento de reemplazo hormonal por menopausia.

n) 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 las Condiciones Particulares de la póliza.

o) 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.

p) Tratamientos y exámenes practicados por podiatras, quiroprácticos, homeópatas, acupunturistas, naturistas, medicina holística y terapia celular.

q) 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.

r) 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 las Condiciones Particulares de la Póliza.

s) 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 las Condiciones Particulares de la Póliza.

t) 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.

u) Tratamientos cosméticos (Incluyendo melasma y cloasma) y de Cirugía plástica, excepto en lo estipulado en la Cláusula Uno (1) Coberturas literal "M" de estas condiciones generales.

v) 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.

w) 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.

x) 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.

y) Aislamiento, curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o periodos de cuarentena.

CLÁUSULA No.3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA No.4 DEFINICIONES

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

1. 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.

2. ASEGURADO: Es la persona ha sido aceptada por la Compañía para ser cubierta por la Póliza.

3. 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.

4. **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.
5. **COMISIÓN:** La Comisión Nacional de Bancos y Seguros creada mediante Decreto Legislativo No.155-95 del 10 de noviembre de 1995.
6. **COMPAÑÍA:** Se entiende por Seguros Crefisa, S.A., y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato.
7. **CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Compañía, se compromete que mediante el pago de prima trasfiere a la Compañía el riesgo de la pérdida de ingresos de cualquier de los empleados suscritos a la póliza como consecuencia de fallecimiento.
8. **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.
9. **DEPENDIENTES:** Se consideran dependientes, el cónyuge o en su defecto la persona con quien el asegurado vive en calidad de compañero o compañera permanente; así como los hijos solteros de un asegurado incluyendo hijastros o hijos adoptados.
10. **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.
11. **EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.
12. **EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:** Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Después de esta edad la cobertura se considera terminada automáticamente para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima respecto a la cobertura de la Póliza.
13. **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, rinitis alérgicas, bronquitis crónica, enfisema, enfermedades ácido pépticas, hepatopatías, cirrosis, artritis, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, o insuficiencias vasculares, insuficiencias cardíacas, renales o venosas, angina de pecho, colecistitis, litiasis renal, tumores benignos o malignos, leucemia, anemias, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, trastornos autoinmunes cualquier tratamiento quirúrgico relacionado con el aparato genital femenino (útero o sus anexos), Cistocele, Rectocele en todos sus grados, hemorroides, septoplastia y rinoseptoplastia 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.
14. **GRUPO ASEGURADO:** Está conformado por todos los empleados de la empresa y que tengan buen estado de salud.
15. **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.
16. **LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS:** Regula la creación, Organización, Funcionamiento, Fusión, Convención, Escisión, Liquidación y Supervisión de las Instituciones que realicen actividades u operaciones de Seguros y Reaseguros.
17. **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.
- a. Si un asegurado o familiar dependiente ha gastado por lo menos el setenta y cinco (75) % de su máximo vitalicio, puede restituirlo suministrando a la Compañía evidencia de asegurabilidad satisfactoria.
- b. La Compañía se reserva el derecho de restituir o no el máximo vitalicio.
18. **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.
19. **PADECIMIENTOS Y ENFERMEDADES DECLARADAS:** Aquellas que el asegurado ha mencionado en su declaración de salud al momento de suscribir el seguro.
20. **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:
- a. Fueron advertidas, consultadas, diagnosticadas o tratadas por un médico.
- b. No pudieron pasar desapercibidos dada la evolución natural de la enfermedad, sus síntomas o sus signos.
21. **PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra los riesgos contratados mediante el contrato.
22. **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.
23. **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 treinta (30) días.
24. **SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado y y/o sus familiares dependientes (gastos médicos) que, amparado por el presente seguro, obliga a la Compañía al pago por los reclamos de gastos médicos por enfermedad y accidente o a la prestación prevista en el contrato.

CLÁUSULA No.5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite de responsabilidad máxima en el Seguro Médico Hospitalario es el Monto de Máximo Vitalicio contratado por el Asegurado y cada uno de sus familiares dependientes, dicho valor se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA No.6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con la solicitud de seguro del asegurado, 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.

CLÁUSULA No.7 PAGO DE PRIMA

Esta Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales; sin embargo, tanto la del primer (1) año como la de los años siguientes, pueden ser pagadas por semestres, trimestres o meses, siempre anticipadamente, de acuerdo con la tarifa que tenga en vigor la Compañía a la fecha de emisión de la Póliza.

La Compañía 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 dicha 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 Compañía 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.

Las primas deberán pagarse el día de su vencimiento o antes, y su pago deberá acreditarse por medio de recibo de la Compañía refrendado por la persona debidamente autorizada para ello. La Compañía no estará obligada a cobrar las primas en el domicilio del Asegurado, ni a dar aviso de su vencimiento, y si lo hiciera no sentará precedente alguno de obligación.

1) CÁLCULO DE PRIMA

La Compañía calculará la prima 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 la vida de cada Asegurado, de acuerdo con su riesgo, edad, ocupación y suma asegurada.

2) AJUSTES A LA PRIMA

Para los efectos de cobro o devolución de primas por el concepto de ingresos o egresos de Asegurados, respectivamente:

EN CASO DE INCLUSIÓN: La Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la tarifa de seguros a corto plazo.

EN CASO DE DEVOLUCIÓN: La Compañía solamente tendrá derecho a la prima proporcional al tiempo corrido.

CLÁUSULA No.8 VIGENCIA

La cobertura inicia a las doce (12) horas del mediodía de la fecha de entrada en vigor del presente contrato el que se suscribirá por el término de un (1) 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 treinta (30) días calendario de anticipación.

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.

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.

CLÁUSULA No.9 BENEFICIARIOSNICIO 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 (12) 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 No. 24 EDAD
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.

CLÁUSULA 10 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.

1. 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.

2. 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 la solicitud 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.

CLÁUSULA No. 11 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante estará obligado a cumplir con las siguientes disposiciones:

- a) Adjuntar en formato electrónico, los datos generales de los Asegurados y sus Dependientes.
- b) Recaudar de las personas del Grupo Asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- c) Pagar a la Compañía 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 Compañía;
 - 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.
 - La terminación de su calidad como contratante.
- e) Dar a conocer a las personas que se van asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- f) Entregar el certificado individual de seguro a cada persona del grupo asegurado.
- g) Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima que le haya sido devuelta por la Compañía.

CLÁUSULA No.12 PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante no podrá en ningún momento:

- a) Presentar información falsa de los asegurados a la Compañía.
- b) Efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
- c) No pagar en su debido momento a la Compañía, 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 Compañía y que pertenecen al Asegurado o a sus Dependientes.

El Contratante no podrá admitir su responsabilidad, ni hacer ofertas, promesas o pagos sin el consentimiento por escrito de la Compañía, la que tendrá el derecho. Si así lo deseara, de tomar por su cuenta y gestionar a nombre del Asegurado, la defensa o arreglo de cualquier reclamación o de seguir a nombre de él y en provecho propio, cualquier reclamación por indemnización o daños y perjuicios contra cualquier tercero.

CLÁUSULA No.13 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.

CLÁUSULA No 14 AGRAVACIÓN 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 de Seguro; 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 (24) 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 Compañía concluirá quince (15) 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.

CLÁUSULA No 15 AVISO DEL SINIESTRO

Requisitos que debe cumplir un Asegurado en caso de reclamo:

- a) Enviar las solicitudes de reembolso a la Compañía. a más tardar dentro de los noventa (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 las primas 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 sesenta (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 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 la Compañía., en papel del Colegio Médico Hondureño por lo menos con quince (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, la Compañía., 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. 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.

CLÁUSULA No.16 TERMINACIÓN ANTICIPADA

No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicara 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 aplicando la tarifa para seguro de corto plazo.

CLÁUSULA No.17 RENOVACIÓN

La Compañía renovará el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito y previa confirmación del Asegurado 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.

CLÁUSULA No. 19 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este 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 falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

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

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

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

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

CLÁUSULA No. 20 CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA No. 21 PERIODO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS MEDICOS

La Compañía otorga un período de noventa (90) días calendario, para la presentación de reclamos de gastos médicos, contados a partir de la fecha en que fueron erogados los servicios o proporcionados los suministros.

CLÁUSULA No. 22 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.

CLÁUSULA No. 23 TERRITORIALIDAD

Para gozar de los beneficios de esta Póliza 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 treinta (30) hasta ciento ochenta (180) días.

CLÁUSULA No.24 EDAD

Para formar parte del Grupo Asegurado se requiere que, en el momento de la inscripción la elegibilidad del:

Asegurado Principal:

- a) La edad de Asegurado en su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre quince (15) y sesenta y cinco (65) años de edad, renovables hasta el cumplimiento de los setenta (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) Pertener al mismo grupo o empresa que ha contratada la póliza.

Dependientes:

Cónyuges:

- a) La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre quince (15) y sesenta (60) años de edad, renovables hasta los setenta (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 (10) día de nacido hasta los diecinueve (19) años de edad, extendiéndoseles la cobertura hasta los veintitrés (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.

CLÁUSULA No.25 PERIODO DE GRACIA

Vencida una prima, el Asegurado disfrutará de un período de gracia de treinta (30) días, sin cargo de intereses, para el pago de la siguiente prima. La Póliza continuará en pleno vigor durante este período de gracia; pero en caso de muerte del Asegurado durante estos treinta (30) días, la prima en descubierto será deducida del pago que La Compañía tuviere que hacer. Si al terminar el periodo de gracia la prima no ha sido pagada, esta Póliza caducará sin necesidad de aviso o declaración especial, salvo lo establecido en las cláusulas correspondientes de los Valores Garantizados si los hubiere.

CLÁUSULA No.26 INDISPUTABILIDAD

Este contrato se basa en la solicitud del Contratante y Asegurado 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 manifestare 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.

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 (1) año contado desde la fecha de la última inscripción ininterrumpidamente en el correspondiente registro del asegurado excepto lo dispuesto en la Cláusula No.24 Edad.

CLÁUSULA No. 27 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 No.28 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, Condiciones Particulares y anexos.

CLÁUSULA No. 29 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.

CLÁUSULA No.30 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.

CLÁUSULA No.31 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.

CLÁUSULA No.32 REPOSICIÓN

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.

CLÁUSULA No.33 REPORTE

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

CLÁUSULA No. 34 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

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

Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA No.35 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 Seguros, y demás leyes pertinentes.

XII. Declaraciones y autorizaciones del asegurado o titular de la póliza

Declaro que toda la información que he brindado es exacta, completa y verídica, y en la misma se funda el principio de buena fe, bajo el cual se suscribe el Contrato del presente seguro.

Asimismo, indico que cualquier declaración que se compruebe como falsa o inexacta, sea antes o después de la ocurrencia de un eventual siniestro, causarán la nulidad del seguro conforme a las disposiciones contenidas en el Art. 1141 del Código de Comercio de Honduras.

Autorizo a SEGUROS CREFISA S.A. registrar y consultar en las bases de datos de las Centrales de Información administradas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), del Sistema Asegurador (CISA) y cualquier otra sea pública o privada.

Queda entendido y convenido que la presente solicitud, certificado, caratula, condiciones generales y Anexos (si los hubiera) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Declaración, origen de fondos y aceptación de cláusula.

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 de Honduras.

Dado en la ciudad de _____ el _____ de _____ de _____

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Nombre del intermediario

Firma del intermediario

Código del intermediario