

Bienestar Vida

Condiciones Generales

COBERTURAS GENERALES

Conforme al Artículo 729 del Código de Comercio de Honduras, si el Contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del Contrato suscrito o Póliza emitida por La Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la 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 1. COBERTURAS

1.1. COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO

En caso de que el Asegurado fallezca, la Aseguradora pagará a los beneficiarios que corresponda la Suma Asegurada de la cobertura estipulada en la Caratula de Certificado. La Cobertura Básica de Fallecimiento se pagará siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido. Una vez que ocurra el fallecimiento del Asegurado Principal terminarán automáticamente todas las coberturas y beneficios.

1.2. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Cuando esta cobertura sea contratada, la Aseguradora pagará al Asegurado la Suma Asegurada detallada en la Caratula de Certificado, si el Asegurado sufre durante el período de vigencia de la cobertura la incapacidad total y permanente a causa directa de un accidente o enfermedad cubiertos, por un período comprobable mayor a seis (6) meses.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez, y no operará el período de espera de los seis (6) meses: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la perdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Beneficio tipo adicional

La indemnización prevista en esta cobertura se considera adicional de la cobertura básica de fallecimiento.

1.3. COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

1.3.1. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD (IDHe).

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto al período de espera, límite máximo de responsabilidad y deducible indicado en la Caratula de Certificado, si el Asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad cubierta por la póliza.

1.3.2. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHa).

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto al límite máximo de responsabilidad y deducible indicado en la Caratula de Certificado, si el Asegurado es hospitalizado a causa de un accidente cubierto por la póliza.

1.3.3. PERIODO DE ESPERA.

El periodo de espera para la Renta Diaria por Enfermedad se estipula en treinta (30) días calendario; para hospitalizaciones a consecuencia de accidente no hay periodo de espera.

1.3.4. DEDUCIBLE

El deducible se establece en la Caratula de Certificado y se indica como el número de "días de hospitalización" que el Asegurado permanece hospitalizado y por las cuales el Asegurado no tiene derecho a indemnización.

1.3.5. PERIODO DE BENEFICIO.

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar, se contará el número de días de hospitalización que el Asegurado permanece en condición de hospitalizado, descontando los días de deducible a cargo del Asegurado y sujetos al límite de indemnización establecido en la Caratula de Certificado.

El Asegurado está cubierto por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta el máximo de días por año estipulado en la Caratula de Certificado, como límite máximo de responsabilidad por enfermedad o accidente, si como consecuencia de ellas, haya sido necesaria la hospitalización del Asegurado debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

1.3.6. HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS.

1. En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad, siempre y cuando ambos estén cubiertos por esta Póliza y separadas por intervalos menores a trescientos sesenta y cinco (365) días calendario, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de calcular el período máximo del beneficio en días.
2. En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva luego de haber transcurridos trescientos sesenta y cinco (365) días calendario desde el

final de la hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de la misma, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0).

3. Para los efectos de esta póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente. Asimismo, se considera que una misma enfermedad o accidente que sobrepase los trescientos sesenta y cinco (365) días calendario, de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo en la vigencia siguiente, en caso de renovación de la Póliza. El seguro sí cubrirá cualquier otra enfermedad o accidente que se produzca en la renovación.

1.3.7. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de 180 días calendario en cada año de vigencia de la Caratula de Certificado, ya sea por hospitalización a causa de Accidente, Enfermedad o combinación de ambas causas.

Cláusula 2. EXCLUSIONES

Exclusiones aplicables a la Cobertura Básica de Fallecimiento:

1. Suicidio del Asegurado, salvo que este contrato haya estado en vigencia, ininterrumpidamente por dos (2) años como mínimo.
2. Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiere participado como miembro activo.
3. Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
4. Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero de aerolíneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladetismo.
5. Catástrofes originadas por reacciones nucleares.

Exclusiones aplicables a las coberturas de Incapacidad Total y Permanente por Accidente y Renta Diaria por Hospitalización por Accidente:

Lesiones o Accidentes que se produzcan a consecuencia de:

1. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de Terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.
2. Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, actos de terrorismo, guerra bacteriológica y otras armas de muerte masiva que no son necesariamente nucleares.
3. Una infección bacteriana (excepto aquellas con piogenia causadas por medio de una herida o cortadura accidental).
4. Eventos catastróficos de la naturaleza.
5. Una lesión producto de actos intencionales del Asegurado, actos de automutilación o lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.

6. La comisión o el intento de cometer un acto delictivo o ilícito, o mientras esté infringiendo una ley, reglamento u ordenanza, ya sea como autor o cómplice, o por condena a pena de muerte.
7. Suicido, o Intento de Suicidio, Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
8. Homicidio Doloso, entendido como el ocasionado por hechos voluntarios del causante, cuando éste quiere o desea la muerte del Asegurado o cuando el causante actúa sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos, y procede a pesar de aceptar la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del Asegurado, según lo indica el código penal.
9. Lesiones de arma cortante, corto punzante o de fuego las que, por cualquier circunstancia sean portadas por el Asegurado al momento de producirse el Accidente.
10. Lesiones que resulten de prácticas higiénicas o de otra índole realizadas por el propio Asegurado en su persona (como los actos de aseo, arreglo de las uñas, extirpación de callo).
11. Lesiones producidas por los Rayos X, Gamma, alfa, beta, láser, radiactivos, catódicos o similares, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos.
12. Lesiones producidas por alguno de los siguientes elementos químicos: Radio (Ra), Urano (U), Francio (Fr), Plutonio (Pu), o cualquier materia radioactiva similar.
13. Al momento de ocurrir el Accidente, se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas, o bebidas alcohólicas, los efectos de malaria, fiebre intermitente, tifus exantemático, fiebre amarilla o similares, ataque de epilepsia, síncope, enfermedad del sueño, trastorno del sueño, parasomnia, sonambulismo o noctambulismo, o los efectos que sobrevengan al Asegurado debido a su perturbación mental.
14. Viaje en cualquier vehículo para navegación, aérea o artefacto mecánico para los mismos fines, o al caerse del mismo o dentro del mismo o mientras estuviese operando o manejando tal vehículo o artefacto, a menos que, al ocurrir el Accidente, el Asegurado viajare como pasajero con boleto pagado, en avión de una compañía comercial debidamente autorizada y en viaje de itinerario entre aeropuertos establecidos.
15. Viaje como piloto o pasajero de motocicleta siempre y cuando no sea de uso cotidiano y para usos laborales, bicicleta a motor, tricimoto, o cuatrimoto, sea este vehículo terrestre, acuático o para nieve.
16. Su participación como piloto o como pasajero en prácticas o carreras de velocidad o de resistencia, o concursos en vehículos a motor en tierra, mar o aire, sean estas legales o ilegales.
17. Su participación en competencias de apnea, estrangulamiento o ahorcamiento de cualquier tipo y de cualquier parte de su cuerpo, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
18. Su participación en competencias o entrenamientos de surfing o deslizamiento en tabla sobre olas marinas, esquí acuático o de nieve, justas hípicas o toreo.

19. Su participación en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
20. Su participación en cualquier disciplina deportiva en calidad de profesional.
21. Intoxicación o envenenamiento por ingesta de productos químicos, naturales o artificiales para el mantenimiento de desórdenes en la alimentación tales como pero no limitados a: bulimia, diabulimia, anorexia, ortorexia, vigorexia o megarexia.
22. La realización o participación en alguna de las siguientes actividades: minería subterránea, prácticas o trabajos realizados en altura o en líneas de alta tensión, inmersión submarina, deportes submarinos, navegación en submarinos, paracaísmo, alas delta o parapente, alpinismo, montañismo, artes marciales, boxeo, lucha libre o grecorromana, tiro al blanco o cacería con arma de fuego o de aire comprimido, o tiro al blanco o cacería con arco.
23. El desempeño de su trabajo en fábricas, depósitos o almacenes de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos u otras, donde se utilicen substancias combustibles, gasolina, tóxicas del petróleo y gas, o explosivas.
24. El desempeño de su trabajo prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
25. Su realización de labores de fumigación agrícola aérea o terrestre.
26. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
27. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos.
28. Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.
29. Acciones en las que por sentencia judicial en firme se haya declarado a uno de los beneficiarios o herederos legítimos como homicida del Asegurado.

Exclusiones aplicables a la cobertura de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad:

1. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
2. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH.
3. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión y dolencia que sean preexistentes que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente tenga conocimiento y capacidad de entendimiento al momento de la adquisición del seguro.
4. Cuando la incapacidad se de a causa de un evento secundario a una apoplejía el paciente queda parapléjico o hemipléjico.

Exclusiones aplicables a la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad:

1. Condiciones médicas o enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales las establecidas en el artículo de las definiciones.
2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de la enajenación mental, estados de depresión psíquico-nervioso, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.
3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes cubiertos.
4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que el Asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.
5. Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.
6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "check-up".
8. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el sida (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH.
9. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza causado como resultado de actos propios del Asegurado o actos intencionales o deliberados de un tercero, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
10. Epidemias oficialmente declaradas.
11. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
12. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
13. Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
14. Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos descritos en las definiciones.
15. Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.
16. Reclusión o tratamiento a consecuencia o como secuela directa o indirecta de hemorragias de cualquier tipo.
17. Cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un accidente y que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
18. Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.
19. Manejo del dolor.
20. Reemplazo o acomodación total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.
21. Períodos de cuarentena o aislamiento.

Cláusula 3. FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Mediante el presente Contrato de Seguro la “Aseguradora”, se obliga, contra el pago de la prima acordada y en el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer una suma asegurada, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

Los documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son los que se detallan a continuación:

- (i) Las Condiciones Generales del Contrato,
- (ii) La Carátula de Certificado,
- (iii) Las Condiciones Particulares, si hubiere.
- (iv) La Solicitud de Seguro,
- (v) Los anexos y endosos que se adhieran a la póliza.

En caso de que haya controversias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales o las que favorezcan al Asegurado.

Cláusula 4. DEFINICIONES

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente: El homicidio culposo, la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. Igualmente, y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera accidente: El Suicidio o el SIDA.

2. Accidente de Tránsito: Es la acción culposa cometida por los conductores de vehículos, sus pasajeros o peatones, al transitar por las vías públicas terrestres. Por aclaración, y para efectos de esta Póliza será todo Accidente causado directamente por un vehículo automotor, exceptuando las motocicletas, que estando en marcha cause lesiones al Asegurado, sea ocupante o tercero no ocupante del vehículo.

3. Asegurado: Es la persona que está cubierta por esta Póliza.

4. Beneficiario: Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de las coberturas contratadas. En caso que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado Principal, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal.

5. Carencia (período de): Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.

6. Compañía o Aseguradora: Es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.

7. Deducible: Periodo de tiempo que no será reconocido por la Compañía en cada uno de los eventos de Hospitalización que sean sujetos de reclamación que estarán a cargo del Asegurado y por los cuales no tiene derecho a indemnización.

8. Días de Hospitalización: Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas en que el asegurado se encuentre internado en un hospital.

9. Disputabilidad (período de): Es el período de tiempo durante el cual la Compañía puede negar sus prestaciones o impugnar esta Póliza alegando la existencia de Enfermedades Preexistentes o Anteriores del Asegurado no declaradas por él o declaradas de manera reticente o inexacta. Transcurrido este plazo, la Compañía sólo gozará de esa facultad en el caso que el Asegurado hayan actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad se establece en el presente contrato.

10. Edad: Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.

11. Edad Máxima de Cobertura: Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza.

12. Enfermedades Preexistentes o Anteriores: Cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que existía(n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado, sobre la cual padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un Médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.

13. Especialista: Significa un Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictar diagnósticos o prescribir tratamientos para enfermedades que se especifican dentro de esta póliza.

14. Homicidio Culposo: Es el delito que consiste en causarle la muerte a otra persona sin intención de matarla, por ejemplo, los accidentes de tránsito.

15. Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el servicio médico de personas enfermas o lesionadas que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, es decir, que disponga y utilice regularmente laboratorios, equipos de radiografía y quirófanos atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

16. Hospitalización/Hospitalizado: Es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice al menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería y pernoctando mínimo una noche. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria.

17. Lesión: Significa cualquier herida sufrida por el Asegurado en su cuerpo como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por esta Póliza, después de emitida ésta y mientras se encuentre en vigor. Como aclaración, se considera que la muerte es la máxima lesión.

18. 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 él mismo Asegurado, agente de seguros, socio(s) o empleador/empleado del Asegurado o miembro de la familia inmediata del Asegurado o relacionado en forma similar al Asegurado.

19. 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, la Caratula de Certificado y las Condiciones Particulares.

20. Prima: Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el presente contrato.

21. SIDA: Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médica, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médica y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médica. Igualmente, y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.

22. Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro, ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

23. Suicidio: Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.

24. Suma Asegurada: Es el valor que define el Asegurado en la Caratula de Certificado cuyo importe es la cantidad que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.

25. Suma Máxima Asegurada: Es el valor máximo que, en caso de un siniestro amparado, se obliga a pagar la Compañía al Asegurado o a los Beneficiarios de este por cada Cobertura. Este valor lo define el Asegurado y se establece en la Caratula de Certificado de la presente Póliza.

26. Tarjeta de crédito y/o débito: Límite de crédito rotativo de duración indeterminada al que se tiene acceso a través de una tarjeta plástica que puede ser utilizada para compra de bienes o servicios o disponer de dinero en efectivo, emitida por una entidad financiera y declarada en la Caratula de Certificado.

27. 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, igual que la utilización de substancias contaminantes, tóxicas o contagiosas de cualquier clase, cualesquiera que sean los resultados producidos, medios, lugares, espacios y circunstancias de los actos.

Cláusula 5. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

Cláusula 6. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado, o a la omisión dolosa o culposa de ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Compañía para pedir la rescisión del contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave, y en todo caso, la prima convenida por el primer año.

Si la inexactitud u omisión de las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Asegurado estará obligado a ponerlo en conocimiento de la Compañía al advertir esta circunstancia, bajo pena que se le considere responsable de dolo.

La Compañía quedará desligada de sus obligaciones si se comprobase que en el accidente hubo dolo o culpa grave del Asegurado.

Cláusula 7. PAGO DE PRIMA

La prima que debe pagar el Asegurado figura en la Caratula de Certificado. Las primas serán cobradas mensualmente al medio de pago automático indicado por el Asegurado en la Caratula de Certificado. Cualquier atraso en el pago automático no podrá ser imputado a la Aseguradora, y no exonerá al Asegurado de la obligación del pago de la prima en las fechas convenidas.

El Asegurado acepta que la Aseguradora cobrará esta póliza únicamente a través del medio de pago automático acordado tal y como se detalla en la Caratula de Certificado.

Cláusula 8. VIGENCIA

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, salvo se pacte otra cosa en la Caratula de Certificado. Dadas las características de esta póliza, la vigencia de la cobertura de cada Asegurado figura en la Caratula de Certificado y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

Cláusula 9. BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá instruir para cobrar el beneficio de la cobertura básica por Fallecimiento de este seguro, a una o hasta cinco personas individualizándolas al momento de contratar el seguro como beneficiarios.

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del Asegurado, en los porcentajes establecidos en el testamento o la ley, o, a falta de herederos testamentarios, al cónyuge sobreviviente y a los herederos intestados del Asegurado, por parte iguales. El cónyuge y los herederos, en estos casos, serán considerados beneficiarios para todos los efectos del presente contrato.

El Asegurado podrá modificar su designación de beneficiario cuando lo estime conveniente.

La Aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

El Asegurado será el mismo Beneficiario en todo evento, de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, como de Renta Diaria por Hospitalización a causa de una Enfermedad o Accidente, que no produzca la muerte del Asegurado.

Cláusula 10. AGRAVACION DEL RIESGO

Si el Asegurado cambiara su ocupación habitual o ejerciera su profesión en condiciones distintas de las que indicó en su oferta; estableciera su domicilio definitivo en el extranjero o sufriera alguna otra condición que constituya una agravación esencial del riesgo deberá comunicarlo a La Aseguradora mediante carta certificada u otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca.

Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Aseguradora en lo sucesivo.

Se presumirá siempre que la agravación es esencial cuando: se refiere a un hecho importante para la apreciación del riesgo, que, de haberlo conocido La Aseguradora al celebrar el Contrato, lo habría contratado en condiciones diferentes.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que la Compañía las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones.

Subsistirá sobre todas las personas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el Asegurado paga a la Aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

La Aseguradora dentro del plazo de quince (15) días tendrá la facultad de rescindir el Contrato o de aumentar la prima por el período que falte hasta el vencimiento del seguro, de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio. Si el Asegurado no aceptara el aumento de la prima, la póliza será cancelada y, en tal caso, La Aseguradora devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro.

Si, por el contrario, las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio.

Cláusula 11. AVISO DE SINIESTRO

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante el período de vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, siempre y cuando cumpla con las condiciones de la Póliza.

Para efectos de esta póliza se establece que el plazo máximo de presentación de un siniestro ocurrido durante la vigencia, es de treinta (30) días contados desde la cancelación o después de terminada la vigencia de la póliza.

El Asegurado y los Beneficiarios deberán hacer todo lo que esté a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Beneficiario en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles.

El Beneficiario tendrá quince (15) días hábiles a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación. En ningún caso se tramitará la solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. En caso de indemnización por la cobertura de esta póliza, si la forma de pago de la Prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la Prima de esta Póliza cuya vigencia es de un (1) año. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

PRESENTACIÓN DE SINIESTROS:

Requisitos a presentar para la indemnización correspondiente de un siniestro.

a. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO

En caso de reclamación por Fallecimiento de uno de los Asegurados Principales en esta Póliza, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, los Beneficiarios o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora.
2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado Principal. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Honduras se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente.
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
4. Copias de los documentos de identificación de los Beneficiarios.
5. Si la Reclamación por Fallecimiento del Asegurado Principal se originó en un Accidente, el Beneficiario o su representante deberán presentar adicionalmente: Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
6. Si el Asegurado Principal no falleció en el lugar del accidente, copia certificada del Historial Clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente hasta el momento de su fallecimiento.

b. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora.
2. Copia de identidad del Asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del Asegurado.
3. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado; y que este quedara incapacitado de desempeñarse en trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos.
4. Parte Policial en caso de accidente de tránsito.
5. Original de la declaratoria de incapacidad emitido por el Instituto Hondureno de Seguridad Social (I.H.S.S.) de no ser posible la obtención de las pruebas antes mencionadas, para la evaluación de la incapacidad se establecerá una junta médica conformada por un Médico nombrado por el Asegurado, un Médico nombrado por la Aseguradora y un tercer Médico especialista nombrado de común acuerdo entre el médico del Asegurado y el médico de la Aseguradora.
6. Los Médicos de la mencionada junta deberán tener una especialidad acorde con la causa de la incapacidad. Respecto de los honorarios profesionales, cada parte pagará lo correspondiente al Médico de su escogencia, y los

honorarios del tercer Médico designado serán cancelados por partes iguales entre el Asegurado y la Aseguradora.

c. PARA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

1. El formulario de Reclamación suministrado por la Compañía completado.
2. Fotocopia de la cédula de identidad de Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. Original y copia de la factura pagada a la Clínica u Hospital donde fue atendido el Asegurado, o del documento probatorio donde se indique claramente la fecha y hora de ingreso y la fecha y hora de salida del Hospital o Clínica;
4. Copia del historial médico completo donde se indique claramente la razón de la Hospitalización y el nombre del(los) Médico(s) que atendieron el evento. En caso que la Hospitalización inicial se extienda por más días, deberá aportar orden en la que se indique claramente la razón por la cual se extiende la Hospitalización y el nombre del Médico tratante;
5. Original y copia de la orden de Hospitalización del Médico tratante, donde se aprecie claramente el nombre, el número de identificación del paciente y la razón de la Hospitalización, igualmente la fecha, el nombre, la dirección y el teléfono del Médico que la expidió.

De cualquier forma, la Aseguradora podrá practicar al Asegurado exámenes médicos relacionados directamente con la causa que refiere a la solicitud de indemnización. El costo de estos exámenes será a cargo de la Aseguradora.

Cláusula 12. TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Aseguradora se obliga a notificar al Asegurado, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Las coberturas indicadas en esta póliza terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del Asegurado o el medio de pago especificado.
- El fallecimiento del Asegurado.
- Por solicitud del Asegurado a través de la renuncia telefónica.
- Por no pago de la prima en las fechas estipuladas.
- La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- El Asegurado cumpla 70 años de edad.

RENUNCIA TELEFÓNICA

El Asegurado podrá cancelar el seguro únicamente llamando telefónicamente a los números de teléfono del centro de atención indicados en la Carátula de

Certificado. La fecha efectiva de la cancelación será a partir de la fecha de la llamada, excepto que exista prima adeudada, en tal caso la vigencia efectiva será a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima.

DEVOLUCIÓN DE PRIMA POR CANCELACIÓN

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros treinta (30) días posteriores a la emisión de la Caratula de Certificado, siempre y cuando no haya acaecido el evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá el excedente cobrado. Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la cancelación por parte del Asegurado.

Cláusula 13. RENOVACIÓN

Esta Póliza es renovable anualmente y automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que el Asegurado no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso que la Aseguradora requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, éstas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

Cláusula 14. PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con el Artículo 1156 del Código de Comercio de la República de Honduras, todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en los Artículos 1157 y 1159 del mismo Código.

Cláusula 15. CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus asegurados 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 auto 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 16. COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Aseguradora directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por el asegurado en la Caratula de Certificado o a la última recibida por la Aseguradora. El Asegurado deberá reportar por escrito a la Aseguradora el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada.

Sin perjuicio de lo que establece la presente póliza para la presentación de reclamos, las demás comunicaciones del Asegurado a la Aseguradora, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas principales y/o sucursales.

Cláusula 17. TERRITORIALIDAD

Las coberturas garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar, las veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año, dentro y fuera del país, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir un accidente, y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en el texto de esta póliza.

Cláusula 18. SUICIDIO

Si el Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Aseguradora no amparará la reclamación. Transcurrido el plazo interrumpido de los dos (2) años, el suicidio de los asegurados, se encuentra amparado bajo el presente seguro.

Cláusula 19. EDAD

Las personas amparadas en esta póliza, al momento de tomar el seguro deben tener una edad comprendida con los siguientes rangos de edades:

Edad mínima de aceptación: Dieciocho (18) años.

Edad máxima de aceptación: Sesenta y cuatro (64) años.

Edad de máxima de permanencia: Sesenta y nueve (69) años y 364 días.

Si el Asegurado se encuentra fuera de los límites de edad establecidos, la Aseguradora solo estará obligada a devolver la prima que por ellos hubiere recibido.

La cobertura establecida en este seguro se otorga a partir de la declaración de la edad hecha por el Asegurado en la Caratula de Certificado. La edad será

comprobada al tramitar el reclamo presentando certificado de nacimiento o documento de identificación del Asegurado expedido por la autoridad competente.

Cláusula 20. PERÍODO DE GRACIA

La Aseguradora otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de 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 valor a pagar de la prima vencida y no pagada. (Conforme lo establece el segundo párrafo del Artículo 1249 del Código de Comercio.)

Transcurrido este plazo sin el pago de la totalidad de la prima, la Aseguradora podrá cancelar la cobertura para dicho Asegurado, considerando la fecha de cancelación la fecha de vencimiento en que debió ser pagada la totalidad de la prima.

Cláusula 21. REHABILITACIÓN

La cobertura no podrá ser rehabilitada cuando la cancelación hubiera sido por falta de pago.

Cláusula 22. INDISPUTABILIDAD

Se establece el derecho de la Institución de Seguros para dar por terminado el contrato de seguro en caso cualquier omisión o inexacta declaración del solicitante, así mismo el plazo que tiene la Aseguradora para ejercer dicho derecho, según el Artículo 1261 del Código de Comercio.

Cláusula 23. PERÍODO DE CARENCIA

El Período de Carencia aplica para la Cobertura Básica de Fallecimiento.

a. Suicidio:

Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno:

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma

Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

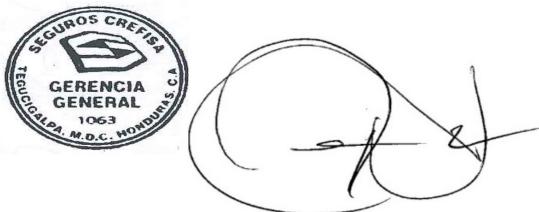
c. Enfermedades Preexistentes:

Si un Asegurado fallece durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, por una enfermedad preexistente al momento de adquirir la presente póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado fallece durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, por una enfermedad preexistente, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

Cláusula 24. MONEDA

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares de los Estados Unidos de América, sin embargo, las obligaciones se cumplirán entregando el equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que el Banco Central de Honduras publique en la fecha en que se efectúe el pago.



Firma Autorizada

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No. _____ del _____.

**Servicio al cliente
2216-4723**

