

Seguro de Renta diaria por hospitalización

Condiciones Particulares



S E G U R O S
CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!



RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN CONDICIONES PARTICULARES



Cláusula 1. Artículo Preliminar: CONTRATO

Esta póliza, sus Condiciones Particulares, Condiciones Generales, Especiales si las hay, Endosos, y las declaraciones efectuadas por el Contratante y el Asegurado contenidas en la solicitud de seguro, las declaraciones del inspector evaluador e informes referentes al riesgo del Asegurado que eventualmente sean requeridos son datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de este contrato.

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

Se considerarán aceptadas las ofertas de prórroga, renovación, modificación o restablecimiento de un contrato hechas en carta certificada o cualquier otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo. Si la

empresa aseguradora no contesta dentro del plazo de quince (15) días contados desde el siguiente al de la recepción de la oferta, siempre que no estén en pugna con las disposiciones imperativas del Código de Comercio o de esta Ley.



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

Cláusula 2. DEFINICIONES

A efectos de esta póliza, se entiende por:

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. Asegurado: Es la Persona que está cubierta por esta póliza y debidamente registrada en el Certificado de Cobertura de la misma. El Ase-

gurado puede tener carácter de:

2.1. Titular: cuando así aparezca en las Condiciones Particulares de la Póliza; o de

2.2. Familiar o Dependiente: cuando aparezca en las Condiciones Particulares o en el endoso de la inclusión de familiares o dependientes y en el certificado correspondiente.

3. Compañía o Aseguradora: 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 presente contrato.

4. Declinación: Rechazo de una solicitud de indemnización.

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

6. Edad máxima de cobertura: 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 para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima por dicho Asegurado.



7. Enfermedad Cubierta: Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales, mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza.

8. Enfermedades o Incapacidades 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.

9. 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.

10. Fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico: Manifestación de la fuerza de la naturaleza de manera violenta y destructiva que no puede ser prevenida ni controlada por el ser humano.

11. Hospital: Es todo establecimiento privado o público autorizado legalmente para administrar y proporcionar servicios médicos, quirúrgicos y de emergencia, que cuente con el equipo, instalaciones físicas y el personal preparado profesionalmente para brindar el tratamiento que el Afiliado Asegurado necesite, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

12. Médico: Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Honduras, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica de Honduras.

13. Contratante: Persona jurídica que mediante la celebración de un contrato mercantil con la Aseguradora, se compromete a realizar la

venta de los productos de seguros convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia del Sistema Financiero.

14. Plan: Alternativa seleccionada por el Asegurado en el Certificado de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la prima a pagar.

15. 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, el Certificado de Cobertura y las condiciones particulares, si hubieren.

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

17. Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y 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.

18. 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 sustancias contaminantes, tóxicas o contagiosas de cualquier clase, cualesquiera que sean los resultados producidos, medios, lugares, espacios y circunstancias de los actos

Cláusula 3. COBERTURA

La cobertura ofrecida amparada por la presente póliza se rige por las siguientes condiciones:



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

La Aseguradora obliga a pagar el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto al período de espera, límite y deducible indicado en las Condiciones Particulares, si el asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad cubierta por la póliza.

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

La Aseguradora pagará al asegurado el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto al período de espera, límite y deducible indicado en las Condiciones Particulares, si el asegurado es hospitalizado a causa de un accidente cubierto por la póliza.

C. PERIODO DE ESPERA.

A falta de una declaración específica en las Condiciones Particulares, el periodo de espera para todas las coberturas se estipula en sesenta (60) días para hospitalizaciones a consecuencia de una enfermedad.

D. DEDUCIBLE

El deducible se establece en las Condiciones Particulares de la póliza y se indica como la cantidad de noches que el Asegurado duerme en condición de hospitalizado que están a su propio cargo y por los cuales el Asegurado no tiene derecho a indemnización.

E. PERIODO DE BENEFICIO.

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar se contarán el número de noches que el Asegurado duerme en condición de hospitalizado, descontando los días de deducible a cargo del Asegurado y sujeto al límite de indemnización

F. 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 un (1) año, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el período máximo del beneficio en días. Igualmente aplica para hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos.

2. En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva luego de haber transcurrido doce (12) meses 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).

G. RESPONSABILIDAD MÁXIMA.

La responsabilidad de la Aseguradora, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para cada una de estas coberturas.

Cláusula 4. PERSONAS ASEGURABLES

Cuando no se especifique otra cosa en las Condiciones Particulares, son elegibles para ser Asegurado bajo las coberturas amparadas bajo la presente póliza, aquellas personas que tengan entre 18 y 64 años de edad y la edad máxima de la cobertura es de 70 años.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real de cualquier clase de Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de

la renovación del Contrato del Seguro, ésta hubiera estado fuera de los límites fijados, las Coberturas de la presente póliza quedarán nulas y sin ningún valor para el Asegurado. La Aseguradora reintegrará al Asegurado la prima pagada sin intereses.

Cláusula 5. ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente contrato no está sujeto a restricción alguna en lo referente a límites territoriales con excepción de aquellos territorios en que exista un conflicto bélico de cualquier naturaleza, durante el periodo en que un asegurado solicite indemnización bajo la cobertura de esta póliza.

Cláusula 6. BENEFICIARIOS

El Asegurado será el mismo Beneficiario de esta cobertura.

Cláusula 7. EXCLUSIONES

A. Esta Póliza no cubre:

1. Accidentes que se originen por participar en:

1.1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.

1.2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.

1.3. Lesiones sufridas por culpa, impericia, imprudencia o negligencias graves del Asegurado cuando haya ingerido alcohol, estupefacientes, estimulantes, drogas legales o ilegales, excepto si fueran prescritas por un médico.

2. Salvo pacto contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen mientras el Asegurado participe en actividades como:

2.1. Aviación Privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transporta-

ción regular de pasajeros con itinerarios fijos.

2.2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

2.3. Dedicarse a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes de buceo, alpinismo o escalamiento de montañas donde se haga uso de sogas o cuerdas, espeleología, paracaidismo, motociclismo, uso de cuatrimotos, uso de planeadores, parapente, salto bungee, descenso en ríos, esquiar sobre hielo, artes marciales, deportes de invierno, deportes profesionales o carreras que no sean a pie, entre otros.

2.4. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, tauromaquia, esquí, espeleología, rafting, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

2.5. Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

gica 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 proporcionen el tratamiento en cuestión.

5. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta 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. Tratamientos de enfermedades que son transmitidas sexualmente.

10. 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.

11. Padecimientos preexistentes y los accidentes derivados de los mismos.

B. Esta Póliza no indemnizará por hospitalización a consecuencia de:

1. Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos preexistentes a la fecha en que inicie la vigencia de la cobertura con respecto a cada Asegurado.

2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de la enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, 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 quirúr-

Cláusula 8. PRIMA Y PERIODO DE GRACIA

La prima que debe pagar el Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura. Las primas serán cobradas mensualmente al medio de pago automático indicado por el Asegurado

en la solicitud de seguro. Cualquier atraso en el pago automático no podrá ser imputado a la Aseguradora, y no exonera al Asegurado de la obligación del pago de la prima en las fechas convenidas.

La Aseguradora otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de 30 días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de la dicha prima. Transcurrido este plazo sin el pago de la totalidad de la prima debida, 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 debida.

El asegurado acepta que la Compañía cobrará esta póliza únicamente a través del medio de pago automático indicado por el asegurado, no estando obligada a aceptar pagos por ventanilla, en efectivo, cheque o por cualquier otro medio al indicado en la solicitud de seguros y aceptado por la aseguradora.

Cláusula 9. CERTIFICADO INDIVIDUAL

La Compañía emitirá un certificado individual de cobertura que el CONTRATANTE entregará al Asegurado como constancia de ingreso al seguro indicando la fecha de inicio y el límite de la cobertura. El Asegurado tendrá 30 días calendario para manifestar cualquier diferencia entre la Solicitud de Seguro y el Certificado individual. Transcurrido este tiempo, los datos indicados en el certificado se considerarán aceptados por el Asegurado. El certificado estará en vigor y la cobertura podrá ser reclamada únicamente cuando esté incluido en el Listado de Asegurados que el CONTRATANTE envía periódicamente a la COMPAÑÍA.

La COMPAÑÍA no será responsable por cualquier reclamo referente a un certificado que no

haya sido incluido por el CONTRATANTE en el listado de Asegurados.



Cláusula 10. VIGENCIA, RENOVACIÓN Y CANCELACIÓN

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

Esta póliza es renovable automática por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese por escrito lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Beneficiario Principal e Irrevocable del seguro, el importe del Saldo Adeudado.

La cobertura indicada en esta póliza terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a) El Asegurado cumpla 70 años de edad.
- b) La cancelación de la tarjeta del Asegurado o Medio de pago del seguro.

- c) Por solicitud del cliente a través de la renuncia telefónica
- d) Por no pago de la prima en las fechas estipuladas sin necesidad de aviso al cliente.
- e) La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA:

En caso de que la prima inicial facturada a la cuenta del Asegurado no haya sido pagada dentro de los 30 primeros treinta días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, esta póliza se considerará nula desde la Fecha de Comienzo del Seguro no será necesaria la comunicación de la cancelación, registrando el seguro como no tomado por el asegurado.

RENUNCIA TELEFONICA

El asegurado podrá cancelar la póliza únicamente llamando telefónicamente a los números de teléfono del centro de atención indicados en las Condiciones del Plan. 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 póliza, 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 diez (10) días siguientes a la cancelación por parte del Asegurado.

Cláusula 11. REHABILITACION

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



Cláusula 12. NULIDAD

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el

momento en que tuvo conocimiento del vicio. En cualquier caso que aplique la devolución de las primas pagadas al Asegurado, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

Cláusula 13. SINIESTROS CUBIERTOS

Esta póliza operará bajo la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza.

Cláusula 14. PRESENTACION DE SINIESTROS

El Asegurado deberá presentar a la Compañía dentro de los primeros diez (10) días posteriores a la salida de la hospitalización y suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora;
- Copia de identidad del asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del asegurado.
- Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes, declaraciones, certificados que acrediten el período de permanencia en el Hospital, y otros relativos a la hospitalización del Asegurado.
- boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados.
- Certificación de ingreso y salida del hospital.
- Certificación del uso de salas de cuidados intensivos (en caso que corresponda)
- Parte policivo en caso de accidente de tránsito.
- Certificado de alcoholemia (si corresponde).

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por esta póliza. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos.

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



El Beneficiario tendrá quince (15) días 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.

Además, la COMPAÑÍA podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del accidente como causante de la pérdida, y el ajuste del reclamo o las estipulaciones de esta póliza,

tales como los documentos que se mencionan en la sección sobre derecho de subrogación de esta póliza.

Cláusula 15. EDAD FUERA DE LÍMITE

Si el CONTRATANTE incluyera en esta Póliza a personas que se encuentran fuera de los límites de edad establecidos, la Compañía solo estará obligada a devolver las sumas de dinero 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 o Contratante en la solicitud de incorporación al seguro. La edad será comprobada al tramitar el reclamo presentando Certificado de nacimiento del Asegurado (fecha reciente) o tarjeta de identidad, expedido por la autoridad competente.

Cláusula 16. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La reticencia o falsedad intencional en que incurra el Asegurado o el Beneficiario, con dolo o culpa grave, libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración del siniestro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de Prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las Primas no devengadas, tal y como se indica en la cláusula 8 Primas y periodo de gracia. Si el pago de la Prima es mensual, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

Cláusula 17. MONEDA

Todos los valores de la póliza se expresan en Dólares de los Estados Unidos de América / Lempiras.

Cláusula 18. TRASPASO O CESIÓN

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que de sus derechos sobre el seguro haga el Asegurado.

Cláusula 19. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de la Aseguradora, prescriben en el plazo de tres (3) años computados desde que las mismas son exigibles.

Cláusula 20. NOTIFICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por ellos en el Certificado de Cobertura o a la última recibida por la Compañía. El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía 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 Compañía, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas principales.

Cláusula 21. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del Asegurado a la misma, siguiendo los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fuere aplicable. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

Cláusula 22. OTROS SEGUROS

En caso que el Asegurado este cubierto bajo más de una póliza de este tipo emitida por la Aseguradora, se considerara Asegurado a esta persona únicamente por la póliza que provea la

mayor suma asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, la Aseguradora, considerara que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero.

En cualquiera de las situaciones descritas, la Aseguradora devolverá íntegramente el monto que haya pagado el Asegurado por concepto de primas correspondientes de las otras pólizas de este tipo que la Aseguradora haya emitido.

Cláusula 23. LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta póliza será regulada e interpretada de acuerdo a las leyes de la República de Honduras.

Cláusula 24. CONCILIACION Y ARBITRAJE

Las partes acuerdan que Cualquier controversia, discrepancia o reclamo que se produzca o esté relacionado con la ejecución o interpretación de este contrato o con las partes que lo cumplen será resuelto por el Tribunal de Arbitraje el cual se reunirá en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C. Honduras, Centro América y se regirá de acuerdo a la Ley de Arbitraje vigente en Honduras y cualquier otra disposición legal o regulaciones relevantes que hayan sido aprobadas al ocurrir la controversia, específicamente de acuerdo con la Ley de Conciliación y Arbitraje de Honduras y el Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio e Industrias de Tegucigalpa. Deberá designarse (3) árbitros y ellos resolverán sobre las controversias, reclamos y discrepancias sometidas a su conocimiento de acuerdo a las leyes relevantes y en todo caso, observando los principios universales de Derecho. Como regla general, los árbitros serán designados de mutuo acuerdo por ambas partes y en caso de que no se alcance acuerdo alguno o no se logre completar una designación, dichos nombramientos serán hechos según lo estipulado en la

Ley de Arbitraje de la Cámara de Comercio e Industrias de Tegucigalpa. En caso de que alguna de las partes intente recurso de nulidad en contra del laudo arbitral, el mismo será conocido y decidido por un nuevo tribunal arbitral, integrado de la misma manera que el primero.



SEGUROS CREFISA, S.A

Seguro de Renta diaria por hospitalización



S E G U R O S
CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!

Servicio la Cliente
2216-4723