



Atención al Cliente:
2202-6079

SEGURO DE ACCIDENTES PARA
PERSONAL DOMÉSTICO

Condiciones Domésticas

Según el artículo 87 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros; 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 calendarios 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. COBERTURA

1.- COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Cuando esta cobertura sea contratada y así conste en el certificado individual de cobertura, la Aseguradora pagará mediante reembolso los gastos razonables y acostumbrados en que haya incurrido el Asegurado a causa de un accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la cobertura, por concepto de honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios o quirúrgicos y cualquier otro gasto médico cubierto que fuese necesario para el restablecimiento de la salud del Asegurado hasta cubrir el total de la suma asegurada de este amparo.

En ningún caso la suma total a pagar bajo esta cobertura excederá el monto máximo establecido en la constancia de aceptación Individual de Cobertura como resultado de un Accidente.

La Suma Asegurada se reinstalará por cada evento, con un máximo de tres eventos anualmente. Para siniestros que vengan de vigencias anteriores no se reinstalará la suma asegurada a la renovación.

La Aseguradora se reserva el derecho de determinar si un cargo en particular de un hospital o médico es gasto razonable y acostumbrado con referencia, pero no limitado a cualquier publicación o información relevante que esté disponible, tales como lista de precios, por el gobierno, autoridades relevantes y asociaciones médicas reconocidas en la localidad. La Aseguradora se reserva el derecho de ajustar las indemnizaciones a pagar en relación a cualquier cargo de hospital o médico que en la opinión del examinador médico de la Aseguradora no sea un gasto razonable y acostumbrado.

La Aseguradora en todo momento podrá determinar el gasto razonable y acostumbrado de acuerdo a sus listas de precios y tabuladores médicos.

2.- COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE

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 estas Condiciones Particulares, si el asegurado es hospitalizado a causa de un accidente cubierto por la póliza.

DEDUCIBLE

El deducible para este beneficio es en tiempo (24 horas) y se define como el día completo 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.

PERIODO DE BENEFICIO.

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar se contarán el número de días completos que el ASEGURADO duerme en condición de hospitalizado, descontando las 24 horas del primer día en concepto de deducible a cargo del Asegurado y sujeto al límite de indemnización.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS.

En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente, siempre y cuando, esté cubierto 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.

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 el motivo de la misma, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0) y el deducible a aplicar será nuevamente de 24 horas.

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 un mismo accidente que sobrepase los 365 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho período en la vigencia siguiente, en

caso de renovación de la Póliza. El seguro sí cubrirá cualquier accidente que se produzca en la renovación.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA.

La responsabilidad de la Aseguradora, en ningún caso excederá de 180 días calendarios en cada vigencia y 365 días calendarios de indemnización para un mismo padecimiento acumulados de diferentes vigencias.

Cláusula 2. EXCLUSIONES

EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidas de indemnización las lesiones, efectos o cualquier daño corporal o moral, sufrido a consecuencia directa o indirecta de:

1. Consecuencias de intento de Suicidio, automutilación, o autolesión.
2. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, de quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
3. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del estado.
4. Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, actos de terrorismo, guerra bacteriológica y otras armas de muerte masiva que no son necesariamente nucleares.
5. Participación del asegurado 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.
6. Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo y/o se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva, sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, parapente, carreras de auto, moto, justas hípcas entre otros.

7. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial en ruta con itinerario fijo.

8. Cualquier lesión, pérdida, menoscabo o enfermedad corporal o mental que no sea originado directamente por accidente u otros hechos cubiertos por la presente póliza.

9. Embriaguez, consumo de drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas y alucinantes.

10. Accidentes ocasionados como consecuencia de que el asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope; y los accidentes que se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente

11. Accidentes causados por trabajos en fábricas de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos u otras, donde se utilicen sustancias combustibles, tóxicas del petróleo y gas, o explosivas;

12. Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de las leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes;

13. Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos, o por malicia o imprudencia del asegurado.

14. Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el asegurado esté 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.

15. Accidentes ocurridos por la participación del asegurado en homicidio o acciones dolosas de cualquier tipo, y cuando el asegurado esté involucrado en actividades violatorias de la ley y contra su propia vida.

16. 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.

17. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA ADI-

CIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

No se efectuará el pago de la cobertura, cuando los gastos sean originados por:

1. Órtesis y prótesis.
2. Los traslados de ambulancia del asegurado por una distancia mayor a 50 kilómetros.
3. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa que provenga.
4. Hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
5. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
6. Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.
7. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
8. Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
9. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
10. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general. Excepto la que sea necesaria a causa directa de accidente.
11. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
12. La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
13. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
14. Cualquier solicitud de reembolso a causa de una enfermedad.
15. Epidemias oficialmente declaradas.
16. La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado.
17. Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.

De ocurrir el accidente del asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso

en particular, y ocasionará el término del seguro para dicho asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la aseguradora. La aseguradora podrá eliminar o modificar cualquiera de estas exclusiones, exigiendo prima adicional o no, previo acuerdo con el contratante y consignándolo en las condiciones particulares de la póliza.

EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA ADICIONAL RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE:

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-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. 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.
5. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
6. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "check-up"
7. 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.
8. Padecimientos preexistentes y los accidentes derivados de los mismos.

Cláusula 3. FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO:

Mediante el presente Contrato de Seguros 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) El Certificado de Cobertura,
- (iii) Las Condiciones Particulares,
- (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:

1. ACCIDENTE: Es la acción repentina, súbita, inesperada, involuntaria y violenta, de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas.

2. ASEGURADO: Persona física que en sí misma está expuesta a los riesgos objeto de este contrato de Seguro y beneficiario de las prestaciones emanadas del mismo.

El asegurado puede exigir el pago de las prestaciones a cargo de la compañía de seguros, en caso de producirse los presupuestos o riesgos cubiertos.

3. BENEFICIARIO(S): Persona física a quien se le reconoce el derecho de recibir los beneficios derivados de este Contrato de Seguro.

4. CONTRATANTE: Persona física o moral que celebre el Contrato de Seguro con la Compañía. El Contratante, es responsable de cumplir con todas las obligaciones derivadas del contrato, como ser: pago de la prima, aviso sobre agravación esencial del riesgo, aviso sobre el siniestro, modificación o terminación del contrato y demás obligaciones que se desprenden de este tipo de contrato de seguro de accidentes personales.

5. CANCELACIÓN: Es la terminación anticipada del seguro por la Compañía.

6. CERTIFICADO DE SEGURO O CERTIFICADO: Es el documento expedido por la Compañía que contiene información mínima requerida para informar al Asegurado sobre sus condiciones de aseguramiento una vez que se él se adhiere al Plan de Seguro.

7. CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la

Comisión Nacional de Bancos y Seguros, que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas y exclusiones.

8. CONDICIONES PARTICULARES: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado y Beneficiario, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles.

9. CONTRATANTE: Toda persona física o moral que celebre el presente contrato para beneficio de su empleado doméstico (Asegurado), el contratante es el único responsable frente a la Aseguradora para el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, el Contratante podrá convenir con la Aseguradora modificaciones a las condiciones del contrato sin que se requiera para ello la aprobación del Asegurado.

10. DEDUCIBLE: De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del Asegurado, la cual se encuentra establecida en la Solicitud/Certificado.

11. DÍA COMPLETO: Periodo de tiempo mayor a veinticuatro (24) horas y que incluye al menos una noche de Hospitalización.

12. EMPLEADO DOMESTICO: Persona que residendo o no en el lugar de trabajo, ejecuta tareas de aseo, cocina, lavado, planchado, cuidado de los niños, jardinería, cuidado de animales y demás tareas propias del hogar.

13. FECHA DE VIGENCIA: Fecha en que inició la cobertura del Seguro, según se establece en la Solicitud/Certificado.

14. GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es cualquier honorario o gasto que:

- Es cobrado por tratamiento, insumos o servicios médicos que son necesarios y de acuerdo a los estándares de buenas prácticas médicas para el cuidado de una persona lesionada bajo el cuidado, supervisión u orden de un Médico Registrado.
- No excede el nivel normal de cargos por tratamientos similares, insumos o servicios médicos en la localidad donde se incurre en el gasto.
- No incluye cargos que no se hubiesen hecho si no existiese el seguro.

15. LESIÓN: Es un daño corporal, enfermedad o dolencia, incluyendo cuidado requerido, pérdida de servicios o muerte que resulte, causados exclusivamente por Accidente.

16. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD: Es la cantidad máxima que pagará la Compañía, por la Suma Asegu-

rada contratada.

17. MÉDICO: Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. Para todos los efectos, no será considerado como Médico: i) el Asegurado; ii) Su cónyuge; iii) Una persona que sea Miembro de la Familia del Asegurado o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencial.

18. PERÍODO DE COBERTURA: Se entiende que la cobertura es a "base de ocurrencia" porque cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes.

19. PERIODO DE ESPERA: Tiempo durante el cual el Asegurado no tiene derecho a recibir el beneficio.

20. PERIODO DE CARENCIA: Es el período de tiempo durante el cual se pagan primas, pero el Asegurado no recibe cobertura prevista en esta póliza

21. PLAN: Alternativa elegida por el Asegurado en la Solicitud/Certificado donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por este Seguro.

22. PRIMA: Es el precio que deberá pagar el Contratante o Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra el riesgo contratado mediante el presente Seguro.

23. PROPUESTA DE SEGURO: Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles.

24. SINIESTRO: La ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por el presente Seguro, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o la prestación prevista en el contrato.

25. SOLICITUD DE INCLUSIÓN Y CERTIFICADO DE SEGURO: Documento que cumple la finalidad de solicitud de inclusión y certificado de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la solicitud de seguro como del certificado de seguro. La solicitud de seguro es la solicitud de ingreso al esquema de aseguramiento, pactado entre la Compañía y el Tomador de conformidad con esta póliza, por parte del aspirante a devenir Asegurado presentada a la Compañía.

El certificado de seguro es el documento que adquirirá jurídicamente esa condición una vez aceptado el riesgo, lo cual se entenderá que ocurre una vez inicie

la Vigencia del Aseguramiento Individual, siempre que, antes del inicio de esa vigencia, la Compañía no notifique al aspirante a Asegurado la no aceptación del riesgo. Dicho certificado de seguro es la constancia para el Asegurado individual de su inclusión en el esquema de aseguramiento pactado entre la Compañía y el Tomador y de los términos que le son aplicables a ese aseguramiento individual, en complemento a lo dispuesto en esta póliza y las Condiciones Generales. Es referido en la póliza como Solicitud/Certificado.

26. SOLICITUD DE SEGURO DEL TOMADOR: Formulario que será completado por algún representante autorizado del Tomador el cual recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.

27. SUMA ASEGURADA: Es el valor económico del bien que la Compañía se obliga a pagar en caso de indemnización.

28. VENCIMIENTO: Es la fecha en que se da por terminado el Seguro.

29. VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Es el periodo durante el cual la Compañía se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir o brindar servicios a una persona según se detalla en la Propuesta/Oferta.

Cláusula 5. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

Cláusula 6. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado, o a la omisión dolosa o culpable 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 comprobare que en el accidente hubo dolo o culpa grave del Asegurado.

Cláusula 7. 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 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.

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

Cláusula 8. 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 de esta póliza, la vigencia del Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

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 calendarios de anticipación a la fecha de vencimiento, o que el asegurado no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre en incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso que la Asegura-

dora requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, estas deberán ser comunicadas con (30) días calendarios de anticipación a la fecha de renovación.

La Aseguradora se obliga a notificar al Contratante y 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:

- a) El Asegurado cumpla setenta (70) años de edad.
- b) Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del Contratante o el medio de pago especificado.
- c) El fallecimiento del Asegurado.
- d) Por solicitud del Contratante o Asegurado a través de la renuncia telefónica.
- e) Por no pago de la prima en las fechas estipuladas sin necesidad de aviso al cliente.
- f) La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

En caso de que la Aseguradora indemnice al asegurado con el pago del beneficio máximo de cualquiera de las coberturas opcionales de la póliza y de acuerdo a sus términos estipulados, sólo caducará la cobertura indemnizada, quedando vigente la póliza y liberando al Contratante del pago de la prima de la cobertura caducada y a la Aseguradora de algún pago indemnizatorio adicional de la cobertura caducada.

CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA

La cobertura se mantendrá vigente, mientras se pague la prima del seguro. La Aseguradora otorga un período de gracia de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el Contratante libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

RENUNCIA TELEFÓNICA

El Contratante podrá cancelar la póliza únicamente llamando telefónicamente al número de teléfono para asistencia indicado en el consentimiento individual de la póliza. 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 Contratante durante los primeros treinta (30) días calendarios 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 Contratante 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 calendarios siguientes a la cancelación por parte del Contratante.

Cláusula 9. BENEFICIARIOS

El beneficiario de este seguro será el mismo asegurado de la póliza.

Cláusula 10. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y CONTRATANTE

El CONTRATANTE enviará a la ASEGURADORA en la periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza, un listado de Asegurados indicando como mínimo la siguiente información:

- Número de Certificado Individual de Cobertura.
- Nombre, Sexo, Fecha de Nacimiento, Ocupación, Cédula del Asegurado, Dirección y Correo electrónico del Asegurado.
- Fecha de Ingreso.
- Coberturas, Sumas Aseguradas, Deducibles y Primas.

OBLIGACIÓN DE ATENUAR EL RIESGO O IMPEDIR SU AGRAVACIÓN

El asegurado deberá realizar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño. En ningún caso quedará obligada El Asegurador si el siniestro se produce por dolo o culpa grave del asegurado, del beneficia-

rio o de sus respectivos causahabientes, salvo pacto en contrario para los casos de culpa grave.

El incumplimiento de estas obligaciones podrá liberar al asegurador del pago de la Indemnización, a no ser que se pruebe que dicho incumplimiento no ha tenido influencia alguna en la producción del siniestro o en la agravación de sus resultados.

Cláusula 11. AGRAVACIÓN 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 de-

recho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio.

Cláusula 12. AVISO DEL SINIESTRO

SINIESTROS CUBIERTOS.

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos 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. 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 calendarios contados desde la cancelación de la póliza.

PRESENTACION Y PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS.

Al ocurrir un siniestro cubierto bajo la presente póliza el asegurado o el (los) beneficiarios tendrán Diez (10) días calendarios para notificar por escrito a la Aseguradora y Treinta (30) días calendarios para presentar la documentación correspondiente para el reembolso detallada a continuación:

1. EN CASO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

- 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.
- Original Receta Médica la cual debe ser completada por el médico tratante detallando:
 - Fecha de atención al paciente
 - Nombre del paciente
 - Diagnóstico
 - Detalle de medicamentos
 - Firma y sello del médico tratante.
- La declaración del asegurado acerca de si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- La entrega a la Aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como, asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o enti-

dades referidos en el número anterior.

- Original Orden de Rayos X o Estudios (si aplica)
- En caso de Hospitalización, presentar una declaración oficial del Hospital con las cuentas, cargos y recibos

2. EN CASO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE

- Los requisitos de información establecidos para evaluar la procedencia del reclamo son:
 - Boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados.
 - Certificación de ingreso y salida del hospital.
 - Certificación del uso de salas de cuidados intensivos

Con todo, la Aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la Aseguradora podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

Cláusula 13. 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 14. CONTROVERCIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguro y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrá ser resuelto, 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 en litigio, o arbitraje, salvo pedido de juez competente o tribunal arbitral.

Cláusula 15. 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 el Certificado de Cobertura 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 16. OTROS SEGUROS

En caso que el Asegurado este cubierto bajo más de una póliza de este tipo emitida por la Aseguradora, se considerará asegurado a esta persona únicamente por la póliza que provea la mayor suma asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, la Aseguradora, considerará 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 17. TERRITORIALIDAD

Para efectos de esta póliza los riesgos de la cobertura básica y coberturas opcionales quedarán cubiertos dentro del Territorio Nacional y el Extranjero siempre y cuando se encuentren bajo los términos, condiciones y exclusiones de estas Condiciones Generales y Particulares si hubieren.

Cláusula 18. LIMITES DE EDAD

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

- a. Accidentes Personales, Renta diaria por hospitalización a causa de Accidente y Gastos Médicos a causa de Accidente:
- Edad mínima de aceptación: dieciocho (18) años
 - Edad máxima de aceptación: sesenta y cuatro

(64) años y 364 días

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

Cláusula 19. EDAD FUERA DE LÍMITE

Si el Contratante incluyera en esta Póliza a personas que se encuentran fuera de los límites de edad establecidos, la Aseguradora solo estará obligada a devolver las primas que 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 o copia de tarjeta de identidad del Asegurado expedido por la autoridad competente. (Se aplicará lo dispuesto en los Artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio).

Cláusula 20. REHABILITACIÓN

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

Cláusula 21. 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.

Cláusula 22. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, será repuesta por la Aseguradora, previa solicitud escrita del Asegurado a la misma. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

Cláusula 23. LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta Póliza será regulada e interpretada de acuerdo con lo que establece la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio Resoluciones y Reglamentos vigentes emitidos por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, Banco Central de Honduras y demás leyes aplicables en la República de Honduras.

Cláusula 24. REEMBOLSO

El reembolso de Gastos Médicos por Accidentes se

hará al Contratante, quien es el que ha pagado la prima, siempre que este haya realizado el pago de los gastos cubiertos en el presente beneficio y del cual quedará constancia en los documentos exigidos para el reembolso, caso contrario el beneficio se pagará directamente al Asegurado.

El reembolso de la Renta Diaria por Hospitalización se hará al patrono siempre que presente finiquito de haber realizado el pago anticipado al Asegurado, de los valores garantizados en la presente cobertura y de acuerdo al plan contratado, caso contrario el beneficio se pagará directamente al Asegurado.

Se considerará que el contratante realizó el pago, cuando conste su nombre en los recibos correspondientes.