

## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

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 particulares del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

### **CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:**

#### **1. GASTOS MÉDICOS:**

**La Compañía se obliga a cubrir los gastos médicos, hospitalarios y medicamentos que sean necesarios, razonables y acostumbrados, en que incurra el Asegurado y/o sus dependientes como consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto por ésta Póliza. La cantidad reembolsable será la resultante después de aplicar el deducible y el coaseguro respectivo indicado en las Condiciones Particulares de la presente póliza.**

#### **GASTOS CUBIERTOS:**

**La Compañía reembolsará única y exclusivamente el importe de los gastos médico-hospitalarios a consecuencia de enfermedad o accidente en que incurran los Asegurados y/o dependientes, siempre que tales gastos sean razonables, acostumbrados y necesarios, consistentes en:**

- 1. Honorarios de médicos y cirujanos autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados al Asegurado en relación a una enfermedad o accidente, en un hospital, o clínica o en consultorio particular o a domicilio (cuando el caso lo amerite).**
- 2. Servicios de hospital o clínica, representados por el costo de la habitación y alimentos (según lo indicado en el cuadro de beneficios), así como medicamentos consumidos por el Asegurado mientras se encuentre hospitalizado.**

## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

- 3. Gastos de sala de operaciones, de curaciones, de cuidados intensivos, de emergencias, de pequeñas cirugías o de recuperaciones.**
- 4. Gastos de anestesia y honorarios de anesthesiólogos debidamente autorizados para ejercer la profesión.**
- 5. Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, prescritos por el médico que atiende al Asegurado. Los medicamentos adquiridos fuera de un hospital, deben ser suministrados por establecimientos (farmacias) legalmente autorizados para la venta de los mismos.**

**En caso de utilización de los servicios de emergencias o internamiento en un hospital en el rubro de medicinas, deberá incluirse únicamente aquellos medicamentos que son proporcionados o administrados durante la emergencia u hospitalización; en ningún caso deberán incluirse medicamentos que se entreguen al Asegurado para continuar su tratamiento fuera del hospital.**

**Si el Asegurado adquiere los medicamentos en el hospital para continuar su tratamiento, estos serán ajustados a los costos razonables y acostumbrados de las farmacias.**

- 6. Gastos de análisis de laboratorio, estudios de rayos x, isótopos radiactivos, de electrocardiografía, encefalografía, tomografía axial computarizada, “scan” o cualesquiera otros, indispensables para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente, practicado en un hospital o clínica.**
- 7. Gastos por transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias semejantes.**
- 8. Costo de aparatos de yeso, de prótesis, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos; cuando estén indicados por el médico tratante.**
- 9. Gastos de consumo de oxígeno; terapia respiratoria y nebulizaciones.**

## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

- 10. Gastos por el alquiler de muletas, sillas de ruedas, camas especiales para enfermo, u otros aparatos semejantes; así como el alquiler de órganos mecánicos (pulmón artificial, riñón artificial, etc.), siempre y cuando estén indicados por el médico tratante.**
- 11. Gastos por tratamientos de radio, terapia, radioactiva, quimioterapia, rayos láser y criocirugía.**
- 12. Únicamente en caso de accidente, los gastos por aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales necesarios.**
- 13. Gasto por transporte en ambulancia hacia o desde un hospital o clínica, cuando se justifique medicamente este servicio y sea necesario por la gravedad de la enfermedad o lesiones corporales, hasta los máximos establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza.**
- 14. Honorarios de enfermera especial, siempre que sus servicios sean requeridos y justificados expresamente por el médico que atiende al Asegurado y que sean prestados mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado o que el médico determine y justifique la necesidad clínica, basándose en la seriedad del caso, de continuar con la atención de dicha enfermera especial en el domicilio del paciente asegurado, una vez dada el alta. Lo anterior, siempre y cuando la enfermera no tenga ningún grado de parentesco con el Asegurado y no resida en casa de dicho Asegurado.**
- 15. Gastos por servicios dentales o alveolares prestados por un médico, dentista o cirujano dental para el tratamiento de lesiones accidentales a los dientes naturales a través de medios externos violentos, que hayan ocurrido dentro de los seis (6) meses posteriores al accidente, mientras la póliza se encuentre en vigor y el asegurado se encuentre vigente en ella.**
- 16. Tratamiento de un fisioterapeuta, siempre que sus servicios sean recomendados expresamente por el médico tratante. El fisioterapeuta no debe ser miembro de la familia del Asegurado.**

## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

- 17. Control de crecimiento y desarrollo del niño sano, hasta la edad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- 18. Terapias de lenguaje y estimulación psicomotora para dependientes, con síndrome de down y/o retardo mental, inscritos como dependientes al momento de su nacimiento.**
- 19. Honorarios por extracción de terceras molares o cordales impactadas, realizado por un dentista o cirujano dental, hasta por el límite indicado en las Condiciones Particulares.**
- 20. Tratamientos médicos o quirúrgicos para enfermedades mentales, a cargo de un médico especialista (psiquiatra), siempre que el Asegurado se encuentre hospitalizado.**
- 21. Gastos por litotricia por ultrasonido, imágenes por resonancia magnética y cirugía laparoscópica, con láser o sin él.**
- 22. Tratamientos de alergias que se produzcan por picaduras de animales, por ingestión de alimentos o de medicamentos.**
- 23. Gastos por circuncisiones tratadas y realizadas por enfermedad.**
- 24. Intervenciones de cirugía plástica o de belleza, que resultaren de lesiones derivadas de accidentes, siempre que éstos ocurran mientras la persona esté Asegurada y sea practicada dentro de los seis (6) meses posteriores al accidente;**
- 25. Gastos por septoplastia y rinoseptoplastia por cualquier causa, a partir del segundo año de cobertura del asegurado**
- 26. Cirugías reconstructivas o correctivas debido a malformaciones congénitas de un niño que nazca mientras el padre o la madre estén asegurados, siempre y cuando tengan contratada la cobertura para dependientes.**
- 27. Prostatectomías o histerectomías practicadas a los Asegurados y que estén medicamente recomendadas.**

## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

**28. Gastos derivados de complicaciones de embarazos, o partos, ocasionados, durante la vigencia de la Póliza por:**

- a) Intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazos extrauterinos;**
- b) Estados de fiebre puerperal;**
- c) Estados de eclampsia y toxicosis grávida.**

**Solamente para la asegurada principal o conyugue del asegurado.**

**29. Lesiones o enfermedades que resulten a consecuencia de terremoto, temblor o erupción volcánica, perturbación atmosférica que no sea rayo y cualquier otro fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico.**

**30. Consultas psiquiátricas hasta por los límites estipulados en las condiciones particulares de la presente póliza. Se incluyen todas las medicinas, exámenes y tratamientos indicados por el médico tratante.**

**31. Cualquier otra condición no excluida**

### **2. SERVICIOS DE ASISTENCIA:**

**El Contratante, podrá incluir una o más asistencias de acuerdo a las necesidades del grupo asegurado. Dichas asistencias serán aplicables siempre que se realice el pago adicional de las primas correspondientes y se detallen en las Condiciones Particulares de la póliza.**

#### **2.1 ASISTENCIA MÉDICA (ANEXO 1):**

**En caso de accidente laboral, el Contratante deberá comunicarse con el proveedor de asistencia médica contratado por La Compañía, para solicitar los servicios según detallados en el ANEXO 1.**

## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

### **2.2 SERVICIO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA (ANEXO 2)**

En caso de emergencia dental el Asegurado, deberá comunicarse con el proveedor de asistencia odontológica contratado por La Compañía, para solicitar los servicios según el Plan que corresponda.

El Servicio de Asistencia Odontológica está conformada por cinco (5) planes que se enumeran a continuación:

1. Plan de Emergencia Sin Endodoncia (Anexo 2-A)
2. Plan de Emergencia Completa (Anexo 2-B)
3. Plan de Emergencia Completa y Prevención (Anexo 2-C)
4. Plan Amplio Sin Endodoncias (Anexo 2-D)
5. Plan Amplio (Anexo 2-E)

### **CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES:**

La presente Póliza en ninguna forma cubre los gastos por accidentes, enfermedades, padecimientos y lesiones causadas por o como consecuencia de:

1. Tratamiento de lesiones o enfermedades que ocurran cuando el Asegurado se encuentre desempeñando servicio militar, naval, de seguridad, vigilancia o de policía.
2. Lesiones o enfermedades que resulten a consecuencia de paros, huelgas o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares; o de personas que actúen en conexión con alguna organización política; o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos; o bien, por las medidas de represión de los mismos, tomadas por las autoridades; riñas o cualquier actividad que se tipifique como falta o delito.
3. Lesiones que sufra el Asegurado mientras viaje en aeronaves de cualquier tipo, que no pertenezcan a línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

4. **Cualquier lesión o enfermedades que resulten por o durante la participación de hostilidades, actividades de guerra, declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, levantamiento popular o militar, suspensión de garantías o acontecimientos que originen esas situaciones de derecho o de hecho.**
5. **Lesiones o enfermedades que resulten por pruebas o competencias de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
6. **Cualquier lesión o enfermedad que ocurran en la práctica profesional de deportes peligrosos, tales como: buceo, esquí, vuelo en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha libre, lucha greco- romana u otras luchas similares; cacería, tiro, tauromaquia, montadura, alpinismo y espeleología.**
7. **Lesiones o enfermedades que resulten por fisión o fusión nuclear.**
8. **Daños personales sufridos por el Asegurado bajo la influencia o efectos de licor o drogas intoxicantes.**

### GASTOS NO CUBIERTOS:

Esta Póliza en ninguna forma cubre los gastos ocasionados directa o indirecta, total o parcialmente, por cualquiera de las causas siguientes:

1. **Procedimientos quirúrgicos, médicos, ortopédicos o de cualquier índole, y medicamentos cuya finalidad sea estética, de embellecimiento, rejuvenecimiento, crecimiento, control de peso, calvicie o de uso cosmético en general, acné de cualquier tipo, hormonas de crecimiento; excepto la cirugía estética, cosmética, plástica u ortopédica que sea consecuencia de accidente o enfermedad y el acné inflamatorio, que ocurran durante la vigencia de la Póliza.**
2. **Tratamientos médicos como consecuencia de curas de reposo, convalecencia o períodos de cuarentena o aislamiento y trastornos del sueño y polisomnografías; gastos de sanatorios o clínicas y lesiones debidas a estados de trastornos mentales; (lesiones voluntariamente auto-inflingidas, intento de suicidio estando o no en uso de sus facultades**

## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

mentales), así como consultas, terapias, tratamientos de psicólogos, fonoaudiólogos o terapeutas ocupacionales.

- 3.** Exámenes médicos de rutina con o sin hospitalización, análisis de laboratorio, controles médicos, vacunas o chequeos para la comprobación del estado de la salud, excepto los ordenados para diagnóstico.
- 4.** Tratamientos dentales de cualquier tipo, excepto los originados por causas accidentales comprobadas que ocasionen la pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente, por un cirujano dentista debidamente autorizado. No se ampara la cirugía maxilofacial de carácter estético o congénito o de cualquier naturaleza médica odontológica.
- 5.** Gastos ocasionados por familiares o acompañantes de un Asegurado durante su internación en un hospital, tales como habitación, cama o alimentos extras.
- 6.** Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos o aparatos auditivos; astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastía, queratotomía y situaciones similares.
- 7.** Tratamiento para curar el alcoholismo, drogadicción y toxicomanía y cualquier padecimiento o lesiones que resulte de estos.
- 8.** Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, acupunturistas, naturistas y homeópatas y cualquier tratamiento de autoterapia, incluyendo la auto prescripción de medicinas.
- 9.** Métodos de planificación familiar y sus consecuencias, laparoscopia para el tratamiento de la esterilidad y fertilización; la inseminación artificial, la impotencia o frigidez y la amniocentesis.
- 10.** Medicamentos recetados por retardos del crecimiento.
- 11.** Procedimientos no reconocidos o aceptados científicamente: incluyendo la acupuntura; procedimientos nuevos considerados experimentales,



## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

investigativos, así como medicina natural, homeópata, biológica, deportiva o música terapia.

12. Gastos por tratamientos médico hospitalarios incurridos después de la fecha de vencimiento de la Póliza, a causa de un accidente o enfermedad ocurrida durante el período de vigencia de la Póliza.
13. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir de un tratamiento médico o quirúrgico excluido en la Póliza.
14. La corrección por medio de tratamiento médico o quirúrgico de los defectos de refracción visual (excimer laser), o suministro de anteojos, lentes de contacto.
15. Honorarios para reconocimientos médicos o exámenes generales que no sean relacionados o necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente.
16. Gastos por atención suministrada por médicos y enfermeras tituladas que sean parientes del Asegurado, hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad.
17. Los siguientes medicamentos: Toda forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas, además dispositivos intrauterinos o diafragmas; medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes y leches.
18. Gastos médicos y hospitalarios por personas acompañantes de un Asegurado hospitalizado.
19. Aparatos ortopédicos mecánicos o bioeléctricos de cualquier clase, excepto lo descritos como gastos cubiertos en la presente póliza.

### GASTOS EXCLUIDOS:

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

Salvo convenio expreso consignado en esta Póliza o en anexo que forme parte de la misma, la Compañía no cubre los gastos médicos hospitalarios ocasionados directos o indirectos, total o parcialmente, por cualquiera de las causas siguientes:

1. Gastos por tratamiento Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y/o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.

Para los propósitos de esta cláusula el término "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" tendrá las definiciones asignadas por la Organización Mundial de la Salud. Una copia de las definiciones está archivada en las oficinas principales de la Compañía

2. Vacunas preventivas.
3. Exámenes efectuados con tecnología que no esté especificada en la Póliza, para fines de diagnóstico.
4. Aquellos suministrados a un recién nacido antes de salir del Hospital, excepto los que se hagan por los siguientes tratamientos, siempre que éstos sean hechos mientras los padres del niño estén cubiertos con seguro para dependientes.
  - a. Servicios de Incubadora y los gastos médicos necesarios para el tratamiento dentro del hospital de las complicaciones del recién nacido por parto prematuro.
  - b. Por desórdenes o enfermedades congénitas o por defectos de nacimiento.
  - c. Por enfermedades contraídas después del nacimiento.
5. Gastos médico hospitalarios por atención prenatal o a consecuencia de embarazo, parto, aborto, cesárea o legrados de cualquier tipo.
6. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para enfermedades o lesiones existentes y manifiestas antes de la vigencia del seguro.
7. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para anomalías congénitas cuyos síntomas o manifestaciones hayan sido conocidas por el Asegurado antes o durante la fecha de vigencia del seguro.

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

8. Gastos por septorinoplastías, xantomas o xantelesma, gigantomastías, asimetrías post reconstrucción mamaria, corrección de ptosis palpebrales.
9. Zapatos Ortopédicos.
10. Menopausia y Andropausia.
11. Enfermedades originadas por epidemias.
12. Pruebas de sensibilidad, diagnóstico y tratamiento de alergias, excepto las descritas en los gastos cubiertos de la presente póliza.
13. Condiciones preexistentes por lesión corporal o síntomas por los cuales el Asegurado tuvo advertencia médica o consultó a un médico; recibió tratamiento médico, servicios o suministros; se hizo o le recomendaron exámenes para diagnóstico o tomó medicinas recetadas o recomendadas; o la presencia de síntomas, los cuales causarían a una persona prudente, a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento, previo a la fecha de su incorporación a la presente Póliza

### **CLÁUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO:**

El Contrato de seguro queda constituido por la solicitud del Contratante, que es la base de este Contrato, por las solicitudes de inscripción de los Asegurados, los Carnets del Seguro, las Condiciones Generales, los parámetros técnicos fijados por la Compañía, los Anexos y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

El Contrato de seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Compañía sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial o a la entrega de la Póliza o de un documento equivalente.

### **CLÁUSULA No. 4 DEFINICIONES:**

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

Para los efectos de la presente Póliza, los términos siguientes tendrán el alcance que a continuación se indica:

**1.- ASEGURADO:** Son las personas que figuran como tales en el respectivo Carnet Individual de Seguro y a quienes resultan aplicables las coberturas detalladas en la presente Póliza.

**2.- ACCIDENTE:** Es todo acontecimiento que produzca al Asegurado y/o sus dependientes una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en el caso de ahogamiento o lesión interna revelada por examen médico), o que le produzca algún daño físico, siempre que dicho acontecimiento sea producido por la acción directa o violenta de causas externas.

**3.- COASEGURO:** Es el porcentaje a cargo de cada Asegurado y/o sus dependientes, que se aplica al monto total de gastos cubiertos, de conformidad a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**4.- COMPAÑÍA:** ASSA Compañía de Seguros Honduras, S.A., quien es responsable de otorgar la cobertura del seguro bajo el presente contrato.

**5.- CONTRATANTE:** Persona jurídica con quien la Compañía ha celebrado el presente Contrato y que se haga responsable por el pago del mismo.

**6.- CONDICION PREEXISTENTE:** Enfermedad conocida o no por el Asegurado, lesión corporal o síntomas por los cuales el Asegurado tuvo advertencia médica o consultó a un médico; recibió tratamiento médico, servicios o suministros; se hizo o le recomendaron exámenes para diagnóstico o tomó medicinas recetadas o recomendadas; o la presencia de síntomas los cuales, causarían a una persona prudente, a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento, previo a la fecha de su incorporación a la presente Póliza.

**7.- DEDUCIBLE:** Cantidad inicial, a cargo de cada Asegurado, por aquellos gastos médicos elegibles incurridos, cuyo importe y operatividad se fija en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**8.- DEPENDIENTE:** Para los efectos de ésta Póliza se entiende como dependiente:

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

- a) El cónyuge o compañero de vida del Asegurado inscrito como tal en los registros del Contratante, siempre y cuando se encuentre dentro de los límites de edad indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) Los hijos solteros legítimos o naturales, los hijastros o los hijos adoptados legalmente del empleado, siempre y cuando se encuentre dentro de los límites de edad y cumplan con los requerimientos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Estos deben depender del Empleado para su sostenimiento y estar registrados como Dependientes en los archivos del Contratante.

- c) Cuando ambos cónyuges, conviviendo bajo el mismo techo, estén asegurados con un mismo Contratante, los hijos serán elegibles para uno de los dos (2) cónyuges.

**9.- ENFERMEDAD:** Se entiende como tal, toda alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

**10.- GASTOS MÉDICOS:** Se refiere a los gastos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado para sus cuidados y servicios médicos, que sean ordenados por un médico legalmente autorizado y que no se encuentren comprendidos en la Cláusula No. 2 Exclusiones de la presente Póliza.

**11.- GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Significa gastos por atención médica debido a lesión o enfermedad, los cuales se consideran justos y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que son suministrados cuando se comparan con tratamientos, servicios o abastecimientos, a personas del mismo sexo y edad.

**12.- HOSPITAL:** Institución autorizada para proporcionar cuidado y tratamiento a personas enfermas o lesionadas, con facilidades médicas, de diagnóstico y quirúrgicas, durante las (veinticuatro) 24 horas del día, bajo la

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

supervisión y atención de médicos y enfermeras graduadas. En ningún caso el término “Hospital” significará que incluye a un hotel, asilo, casa o sanatorio para convalecientes, asilo para ancianos o lugar usado principalmente para reclusión o tratamiento de adictos a drogas o alcohólicos.

**13.- EVENTO:** Significa una lesión corporal accidental o enfermedad que necesita tratamiento médico por un médico autorizado. Todas las lesiones corporales sufridas en un accidente serán consideradas un evento, así como todos los padecimientos corporales que existan, derivados de tal accidente o de la enfermedad diagnosticada, serán considerados un evento.

Un nuevo evento se establece después que ha transcurrido un periodo de 120 días contados a partir de la fecha en que se incurrió el primer gasto.

**14.- MÉDICO:** Es todo profesional autorizado como tal por el Colegio Médico de Honduras, para ejercer legalmente la práctica de la medicina.

**15.- MÁXIMO VITALICIO:** Límite máximo que durante la vida del Asegurado podrán alcanzar los reembolsos de todas las enfermedades y accidentes que sufra el Asegurado.

**16.- PERÍODO DE INSCRIPCIÓN:** Se entenderá como período de inscripción el plazo fijado en las Condiciones Particulares de la presente póliza para el registro de nuevos Asegurados, este ingreso se hará mediante solicitud escrita dirigida a la Compañía, pero ésta se reserva el derecho de pedir las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

**17.- PRE-CERTIFICACIÓN:** Mecanismo a través del cual la Compañía autoriza los procedimientos especiales de diagnóstico no rutinario, elevados en costos y que involucren gran tecnología, ya sea que requiera internamiento en un hospital o no y que no sean por urgencia.

**18.- SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Evaluación médica realizada por un médico especialista autorizado por la Compañía, con el propósito de confirmar un diagnóstico y procedimiento indicado por el médico tratante. Podrá ser requerido, en caso de procedimientos quirúrgicos electivos (no de urgencia).

### CLÁUSULA No. 5.- LÍMITES DE RESPONSABILIDAD:

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 40/26-09-2019

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

La Compañía estará obligada ante las pérdidas causadas al Asegurado por Accidentes o enfermedades Cubiertas bajo el presente Contrato, hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares, de acuerdo al Plan Contratado por el Asegurado y bajo los costos razonables, necesarios y acostumbrados.

### **CLÁUSULA No. 6.- DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS:**

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Contratante o del Asegurado, o la omisión dolosa o culposa en 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 (3) 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 en las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Contratante o el Asegurado estarán obligados a ponerlo en conocimiento de la Compañía, tan pronto como adviertan esta circunstancia, bajo pena de que se les considere responsables de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Contratante o Asegurado, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuere asegurable, la Compañía tendrá acción para rescindir el Contrato.

### **CLÁUSULA No. 7.- PAGO DE PRIMA:**

#### ***a) Forma de cálculo:***

En la fecha de inicio y en cada aniversario de ésta Póliza se establecerá la prima anual correspondiente al grupo asegurado de acuerdo con las tarifas vigentes de la Compañía.

Cuando se produzcan inscripciones o cancelaciones de Asegurados o sus dependientes durante la vigencia de ésta Póliza, la prima proporcional se calculará desde la fecha de la inscripción o cancelación hasta el próximo aniversario de ésta Póliza, tomando como base meses completos. Estas

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

primas proporcionales se liquidarán de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

### **b) Condiciones de Pago:**

Esta póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales; sin embargo, tanto las del primer año como las de los años siguientes, pueden ser pagadas de acuerdo a la forma de pago indicado en las Condiciones Particulares siempre de forma anticipada.

Las primas deberán pagarse en la oficina principal de la Compañía, no obstante, ésta podrá designar a personas para que perciban el pago de primas en cualquier lugar de la República, a cambio de recibo firmado y refrendado por un funcionario de la misma.

La Compañía no está obligada a cobrar las primas ni a dar aviso de su vencimiento, si lo hace, esto no sentará precedente alguno de obligación.

### **c) Periodo de gracia**

El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios de periodo de gracia para el pago de las primas, contado a partir de la fecha de iniciación de los períodos convenidos, durante el cual ésta Póliza permanecerá en vigor.

### **d) Periodo de caducidad**

Vencido el Periodo de Gracia, esta póliza, así como los carnet individuales de seguro expedidos a su amparo, caducarán sin necesidad de aviso o declaración especial.

Si la Póliza termina durante o al final del período de gracia, el Contratante será responsable por el pago de la prima prorrateada ante la Compañía por el tiempo que la Póliza estuvo en vigor durante el período de gracia.

### **CLÁUSULA No. 8 – VIGENCIA:**

La vigencia de inicio de este Seguro será por un (1) año, a partir de la fecha estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza y podrá ser renovado por períodos de igual duración por mutuo consentimiento de las partes.



## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

Los Asegurados inscritos al inicio del Seguro quedan automáticamente Asegurados a partir de la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

### **CLÁUSULA No. 9. - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:**

Son obligaciones del Contratante:

- a. Proporcionar información de los Asegurados requerida por la Compañía para la emisión de la póliza, de preferencia en formato electrónico o cualquier otro formato autorizado por la Compañía.
- b. Pagar la prima total a la Compañía. En los casos en los que el Asegurado contribuya con el pago de primas, realizar las deducciones respectivas.
- c. Informar por escrito a la Compañía la inclusión, exclusión y/o cualquier movimiento que afecte la cobertura del Asegurado.
- d. Informar sobre la terminación de su calidad como contratante.
- e. Dar a conocer a los Asegurados la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- f. Entregar a cada persona del grupo asegurado el carnet individual, enviado por la Compañía.

En el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por la Compañía. (En caso que aplique).

### **CLÁUSULA No. 10.- PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE:**

El contratante no deberá:

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

### **CLÁUSULA No. 11.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO:**

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que

## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

sufra el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho, si el Asegurado omitiere el aviso o si él provocare dicha agravación y ésta influyere en la realización del siniestro.

La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el contrato. La responsabilidad concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Asegurado.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas o cosas 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 o cosas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el Asegurado paga a la Compañía las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

Para los efectos del texto anterior se presumirá siempre que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal manera que la Compañía habría contratado en condiciones diferentes si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación.

### **CLÁUSULA No. 12.- AVISO DEL SINIESTRO:**

En caso de producirse un hecho que dé lugar al pago de gastos médicos, hospitalarios y medicamentos cubiertos por ésta Póliza, el Asegurado se obliga a:

- a) Comunicar la enfermedad o accidente a la Compañía en los formularios proporcionados por la misma, debidamente completados y firmados por el Asegurado, así como por el médico tratante quien incluirá su sello y firma, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles, de haberse iniciado la enfermedad o producido el accidente.
- b) Comprobar por su cuenta y a satisfacción de la Compañía la enfermedad o accidente.
- c) Presentar a la Compañía los documentos idóneos y que cumplan con todas las formalidades exigidas por las leyes tributarias respectivas, a más tardar

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

treinta (30) días después de la salida del hospital o de terminado el tratamiento médico que da lugar a solicitar el pago de los gastos incurridos.

La falta de enviar el aviso de siniestro o los documentos de pruebas respectivos dentro de los límites de tiempos indicados arriba, no invalidará o reducirá la indemnización, si se demuestra que no fue razonablemente posible dar tal aviso o pruebas; y que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

- d) Facilitar a la Compañía toda información que esta requiera con respecto al siniestro, así mismo, autorizarla para obtenerla de otras fuentes. La Compañía podrá nombrar uno o varios médicos para comprobar la enfermedad o lesiones del Asegurado y verificar los gastos cuyo pago se solicita.

Si el Contratante o el Asegurado no cumplen con la obligación de reportar el siniestro en los términos establecidos en esta póliza o en las disposiciones legales respectivas, la Compañía quedará desligada de sus obligaciones, si:

- a) Se omite el aviso de siniestro a fin de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b) Con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente los hechos referentes al siniestro que pudiere excluir o restringir sus obligaciones.
- c) Con igual propósito, no se le remite oportunamente la documentación referente al siniestro.

### **CLÁUSULA No. 13.- TERMINACIÓN ANTICIPADA:**

No obstante, el término de vigencia de esta póliza, este contrato podrá darse por terminado anticipadamente en los términos siguientes:

Si el Asegurado desea darlo por terminado, deberá dar aviso por escrito a la Compañía. En este caso, la terminación anticipada surtirá efectos el día y hora en que se presente el aviso a la Compañía.

La Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual la póliza hubiere estado en vigor.

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

La Compañía podrá cancelar ésta póliza en cualquier momento mediante aviso escrito dirigido al Asegurado o enviado por correo a su última dirección conocida por la Compañía, indicando la fecha en que dicha cancelación surtirá efecto. En caso de cancelación la Compañía devolverá a Prorrata la prima no devengada que haya sido pagada por el Asegurado. La cancelación tendrá lugar sin perjuicio de cualquier reclamación originada antes de la fecha de cancelación.

La terminación anticipada del contrato de seguro por parte de la Compañía aplicaría en los siguientes casos:

- a. Falta de pago de la prima del seguro.
- b. La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el contrato. La responsabilidad concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Asegurado.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que la Compañía no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave.

### **CLAUSULA No. 14.- RENOVACIÓN:**

El Contrato podrá renovarse por mutuo consentimiento de las partes, por períodos anuales consecutivos y bajo las condiciones en que se convenga, siempre que el Contratante lo solicite y pague las primas correspondientes y la Compañía lo acepte. La renovación podrá hacerse mientras el grupo asegurado se encuentre integrado por lo menos con el 75% de las personas que reúnan las condiciones para formar parte del grupo y con un mínimo de veinte (20) personas.

### **CLÁUSULA No. 15.- PRESCRIPCIÓN:**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato, prescriben en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el

## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

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

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

### **CLÁUSULA No. 16- CONTROVERSIAS:**

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

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

### **CLÁUSULA No. 17.- COMUNICACIONES:**

Toda solicitud o comunicación a la Compañía, relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito a la Oficina Principal o Sucursales de la misma. Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, o Asegurado, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella.

### **CLÁUSULA No. 18.- OTROS SEGUROS:**

El Asegurado que cuente con más de una cobertura de seguros sobre su persona, con uno o varios aseguradores, estará obligado a reportarlo al momento de su inscripción en la póliza, o dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que adquiera nuevas coberturas durante la vigencia de esta póliza.



## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

### **CLÁUSULA No. 19.- TERRITORIALIDAD:**

El presente Contrato de Seguro tendrá Cobertura Nacional e Internacional.

### **CLÁUSULA No. 20.- MODIFICACIÓN DEL CONTRATO:**

Toda solicitud de modificación del Contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía, entendiéndose que ésta las acepta en virtud de comunicación por escrito al Contratante, la que formará parte de la presente Póliza.

Ninguna modificación a esta póliza, previo convenio con el Contratante y Asegurados será válida si no está autorizada por la firma del Apoderado General o Funcionarios de la Compañía. En consecuencia, ningún intermediario tiene facultades para hacer concesiones o modificaciones a este contrato. Toda modificación se hará constar en la propia póliza o en anexo debidamente firmado por el Apoderado General o Funcionarios de la Compañía y por el Contratante y adherido a la misma. Las Condiciones Generales solo podrán ser modificadas previa autorización de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

### **CLÁUSULA No. 21.- CAMBIO DE CONTRATANTE:**

Si el Contratante indicado en esta Póliza fuere sustituido por otro, deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal situación y si ésta acepta la sustitución lo hará constar en anexo que formará parte de ésta Póliza. En caso contrario, el contrato caducará treinta (30) días después que la Compañía notifique por escrito su resolución de dar por terminado el Contrato y devolverá la prima no devengada correspondiente.

### **CLÁUSULA No. 22.- COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:**

Si el Asegurado o sus dependientes estuvieren amparados en todo o en parte por otros Seguros de éste u otro ramo, que cubra los mismos riesgos, tomados bien en la misma fecha o antes o después de la fecha de esta Póliza, deberá declararlo a la Compañía inmediatamente por escrito, para que ésta lo haga constar en la Póliza o

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

en anexo que forme parte de la misma. En igual forma el Asegurado deberá declarar cualquier modificación que se produzca en tales Seguros.

Si el Asegurado dolosamente omite el aviso a que se refiere esta condición, o si contrata los diversos Seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

En caso de que al ocurrir un siniestro existieren otros seguros declarados a la Compañía, la responsabilidad de ésta quedará limitada a:

- a) Pago de los beneficios que le hubieren correspondido de no haber otros seguros, si el reclamante es el Asegurado de la póliza, o la proporción de gastos elegibles no cubiertos por el otro seguro.
- b) La proporción de Gastos Elegibles no cubiertos por el otro seguro, sin que estos excedan el 100% del total gastado, para el caso de los dependientes.

### **CLÁUSULA No. 23.- EDAD:**

Los límites de edad de inscripción de los Asegurados y los Conyugues, que formen parte de un Grupo Asegurado es a partir de los 18 años de edad, brindando la cobertura del seguro, hasta la edad que se haya establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

Hijos Dependientes, estarán asegurados desde los 10 días de nacidos, hasta el cumplimiento de los 19 años de edad, pudiéndose extender la cobertura hasta el cumplimiento de los 25 años de edad, siempre que estudien a tiempo completo.

### **CLÁUSULA No. 24. – ELEGIBILIDAD:**

Serán miembros elegibles para el presente Seguro, todo empleado regular, permanente a tiempo completo del Contratante que regularmente trabaje al menos treinta (30) horas por semana en un puesto u oficina designado por el Contratante, y aceptado por la Compañía y que se encuentre dentro de los límites de edad, y clasificación de Asegurados establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

Son elegibles los dependientes del empleado Asegurado, siempre y cuando se encuentren dentro de los límites de edad y cumplan con los requerimientos establecidos en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

### **CLÁUSULA No. 25.- INSCRIPCIÓN DE ASEGURADOS:**

Las personas que reúnan las condiciones necesarias para formar parte del grupo asegurado, y entreguen a la Compañía por conducto del Contratante su correspondiente solicitud de seguro, serán inscritas por la Compañía en un Listado de Asegurados que forme parte de esta Póliza, el cual podrá ser renovable anualmente.

Durante la vigencia de esta Póliza, el Contratante deberá enviar a la Compañía antes de que expire el período de inscripción indicado en las condiciones particulares y en los formularios proporcionados por la misma, las solicitudes de inscripción correspondiente a todas las personas que lleguen a reunir las condiciones necesarias para formar parte del grupo asegurado. La Compañía al aceptar la inscripción de los nuevos Asegurados y sus dependientes lo hará constar en el Informe de Cambios y Endosos correspondientes.

Las inscripciones podrán ser canceladas en cualquier momento a solicitud del Contratante, en la que deberá indicar la fecha y causa de la cancelación.

Cuando un Asegurado deje de reunir las condiciones necesarias para formar parte del grupo asegurado, el Contratante deberá avisarlo a la Compañía solicitando cancelar la inscripción correspondiente, pero si se omitiese este aviso, el Seguro terminará automáticamente en la fecha en que el Asegurado deje de reunir tales condiciones. La Compañía al recibir las solicitudes mencionadas, cancelará las inscripciones haciéndolo constar en los Informes de Cambios respectivos.

Si la suma asegurada correspondiente a un Asegurado debiera ser modificada de acuerdo con las bases que se indican en las Condiciones Particulares de ésta Póliza, el Contratante deberá comunicarlo a la Compañía antes de que expire el término de noventa (90) días contados a partir de la fecha en que reunió tales condiciones, para que ésta efectúe la correspondiente modificación en el registro de asegurados haciéndola constar en los Informes de cambios respectivos, sin cuyo requisito no será válido ningún cambio en las sumas aseguradas. La modificación de suma asegurada será efectiva desde la fecha en que se operó el cambio, siempre que la comunicación del contratante sea recibida dentro del plazo indicado en este párrafo.



## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

La Compañía se reserva el derecho de inscribir a los empleados o sus dependientes y de reducir la suma asegurada que corresponda a un empleado o sus dependientes, según las bases establecidas en las Condiciones Particulares; así como pedir pruebas adicionales de asegurabilidad dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se recibió la solicitud de inscripción respectiva, caso contrario caducará el derecho.

### **CLÁUSULA No. 26.- PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD:**

La Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias antes de aceptar la inclusión de uno o más miembros, o de cualquier modificación.

Si el contratante, el Asegurado o sus dependientes, se prestaren a impedir que la Compañía ejerza tales derechos, ésta puede declinar la inscripción de la persona que se ha solicitado asegurar.

El costo de las pruebas de asegurabilidad corren por cuenta del Asegurado.

### **CLÁUSULA No. 27. – CESIÓN:**

Los derechos concedidos por ésta Póliza no podrán ser objeto de cesión.

### **CLÁUSULA No. 28.- REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA:**

Si un Asegurado hubiere consumido el 75% o más de la suma asegurada correspondiente, ésta podrá ser reinstalada a solicitud del Asegurado y mediante la presentación de pruebas de buena salud satisfactorias para la Compañía.

Aceptada la reinstalación de suma, la Compañía lo comunica por escrito al Contratante, indicando la fecha a partir de la cual surtirá efecto. Los costos de las pruebas de buena salud, que la Compañía requiera, serán por cuenta del Asegurado y realizadas por los médicos que la Compañía designe.

### **CLÁUSULA No. 29.- PAGO DE INDEMNIZACIONES:**



## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

Los importes que la Compañía tenga que pagar en concepto de indemnizaciones, podrán ser entregadas al Contratante, al Asegurado o directamente a los hospitales, médicos y demás proveedores que hubieren prestado los servicios.

La indemnización será exigible treinta (30) días después de la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

### **CLÁUSULA No. 30 CARNET INDIVIDUAL DE SEGURO:**

La Compañía emitirá un Carnet Individual de Seguro, por cada Asegurado que sea inscrito, en donde se harán constar los datos relativos al Seguro. Los Carnet serán entregados a los Asegurados por intermedio del Contratante.

### **CLÁUSULA No. 31. - REPOSICIÓN:**

En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza o de algún Carnet Individual del Seguro, la Compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Contratante o del Asegurado, el solicitante deberá cubrir el importe de los gastos de reposición.

### **CLÁUSULA No. 32.- MONEDA:**

El Seguro podrá ser comercializado en Lempiras o en Dólares Estadounidenses (Moneda oficial de Estados Unidos de Norte América), por lo tanto, las primas que ingresen a la Póliza por parte del Contratante y la indemnización que corresponda de parte de la Compañía, deberán ser cursadas en la moneda en que fue suscrita la Póliza.

### **CLÁUSULA No. 33.- ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT:**

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el Asegurado, el Contratante y/o el Beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.

40/26-09-2019

## **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES**

Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

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

### **CLÁUSULA No. 34.- NORMAS SUPLETORIAS:**

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.