

Banco Promerica 

2283-8811
www.bancopromerica.com



Condiciones Generales

Seguro de Renta Hospitalaria



**Banco
Promerica** 

Banco Promerica 

**Seguro Individual de Renta Diaria
por Hospitalización**

Contratante: Banco Promerica, S.A.

Aseguradora: Crefisa

Número de póliza: XXXX

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

Cláusula 1. Coberturas

1.1. Riesgos cubiertos

A. Cobertura básica de renta diaria por hospitalización

A.1. Indemnización diaria por hospitalización por enfermedad

La compañía pagará al asegurado el monto diario de renta de acuerdo con el plan contratado, si el asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad cubierta. Lo anterior queda sujeto al período de espera, suma asegurada, período de beneficio y deducible indicados en las condiciones particulares.

A.2. Indemnización diaria por hospitalización por accidente

La compañía pagará al asegurado el monto diario de renta de acuerdo con el plan contratado, si el asegurado es hospitalizado a causa de un accidente cubierto. Lo anterior

queda sujeto a la suma asegurada, período de beneficio y deducible indicados en las condiciones particulares.

B. Cobertura opcional de inclusión del cónyuge

La compañía ofrece al asegurado titular, mediante el pago adicional de prima, la inclusión opcional de su cónyuge, quien podrá gozar de los beneficios de la cobertura básica de renta diaria por hospitalización hasta por el monto diario de renta estipulado en las condiciones particulares, de acuerdo con el plan contratado de igual manera que al asegurado titular, al cónyuge le serán aplicadas las condiciones y exclusiones detalladas en estas condiciones generales.

1.2. Servicio de asistencias

De acuerdo con el plan contratado, el asegurado titular y su cónyuge, cuando corresponda, podrán contar con los siguientes servicios de asistencia:

A. Teledoctor

A solicitud del asegurado titular a través de la aplicación tecnológica "Teledoctor Paciente", se le pondrá en contacto con un médico general, quien lo orientará en la utilización de medicamentos, información sobre síntomas o molestias que esté padeciendo, recomendaciones médicas en general, así como la interpretación de exámenes de laboratorios. El servicio no sustituye la visita presencial, por lo que el médico no diagnosticará o prescribirá recetas.

B. Asistencia de ambulancia

En caso de emergencia, la prestadora de servicios le brindará y coordinará al asegurado titular su traslado terrestre en ambulancia al centro hospitalario más cercano.

Límite: cuatro (4) traslados al año póliza. En caso de no contar con la disponibilidad inmediata de los proveedores de la red, se coordinará el traslado con ambulancia de la Cruz Roja.

C. Asistencia Nutricional

La prestadora de servicios, a consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente, pondrá en contacto al asegurado, vía telefónica, con un profesional en nutrición quien le brindará información sobre las calorías contenidas en los alimentos o tabla de calorías y recomendaciones en caso de lesión o enfermedad.

Límite: seis (6) llamadas al año póliza, con un tiempo máximo de llamada de treinta (30) minutos y entre una llamada y otra se establece un tiempo de espera de treinta (30) días.

1.3. Condicionantes de la cobertura básica de renta diaria por hospitalización

A. Período de espera

El período de espera aplica únicamente para la indemnización diaria por hospitalización por enfermedad y se establece en las condiciones particulares. Para que una hospitalización por

intervención quirúrgica o tratamiento de amigdalitis, adenoiditis o hernias, pueda ser cubierta, deberá haber transcurrido un período de espera de cuatro (4) meses.

B. Deducible

El deducible se establece en las condiciones particulares y se indica como el número de días de hospitalización bajo los cuales el asegurado no tiene derecho de indemnización.

C. Período de beneficio

El asegurado está cubierto por cada día de hospitalización, hasta el máximo de días a indemnizar por año establecido en las condiciones particulares para cada una de las coberturas.

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar, se contará el número de días que el asegurado haya estado hospitalizado, descontando los días de deducible.

D. Hospitalizaciones sucesivas

En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad cubiertos y separadas por intervalos menores a trescientos sesenta y cinco (365) días calendario, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de calcular el período de beneficio que se debe indemnizar.

En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva luego de haber transcurrido

trescientos sesenta y cinco (365) días calendario desde el final de la hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de la misma, el período de beneficio se computará a partir de cero (0).

1.4. Condicionantes del servicio de asistencias

A. Todos los servicios serán brindados

por los proveedores de la prestadora de servicios, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio del solicitante.

B. El servicio de teledoctor será brindado

sin límite de eventos en el año póliza.

C. El servicio de traslado terrestre en

ambulancia deberá ser previamente autorizados en una orientación médica telefónica o teledoctor.

D. El servicio de asistencia de orientación

nutricional telefónica será brindado en horario hábil de lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m. y sábados de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.

E. Cualquier costo debido a solicitudes

extras, deberá ser pagado por el asegurado titular con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.

F. La prestadora de servicios quedará sin

responsabilidad alguna ante las decisiones o acciones que el asegurado pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.

G. La prestadora de servicios estará

exenta de cualquier responsabilidad en caso de que el asegurado manifieste su voluntad expresa de no querer o no querer recibir el

servicio recomendado por la prestadora de servicios; así como de cualquier acción que el asegurado lleve a cabo derivado de la no aceptación del servicio recomendado.

Cláusula 2. Exclusiones

Esta póliza, de forma general, no cubre las reclamaciones que se produzcan por:

- 1.** Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
- 2.** Fisión o fusión nuclear y contaminación radioactiva.
- 3.** Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.
- 4.** Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del asegurado.
- 5.** Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.
- 6.** Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del asegurado.
- 7.** Riñas o peleas.
- 8.** Lesiones que se produzcan por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por el asegurado, que no hayan sido por prescripción médica.
- 9.** Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: actividades o deportes que requieran de

medidas de seguridad o protección; aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial; utilización de motocicletas terrestres no utilizadas como medio de transporte usual, o acuáticas; portación de armas o actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.

10. Epidemia, endemia, pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales, a excepción si se tratase de COVID-19.

11. Infección bacteriana, excepto aquellas causadas por medio de una herida accidental.

Exclusiones específicas de la cobertura básica de renta diaria por hospitalización:

Adicional a las exclusiones generales:

1. Hospitalización por cirugía plástica, cosmética o colocación de prótesis e implantes, salvo que sea necesaria como resultado de un accidente ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza y que se realice dentro de los seis (6) meses después del mismo.

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 dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.

5. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "check-up", manejo de dolor o períodos de cuarentena o aislamiento.

6. Enfermedades de transmisión sexual.

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. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.

9. Internamiento en un establecimiento diferente a un hospital.

10. Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.

11. Reclusión o tratamiento a consecuencia o como secuela directa o indirecta de hemorragias de cualquier tipo.

12. Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.

Exclusiones específicas del servicio de asistencias:

Adicional a las exclusiones generales:

1. Bajo el servicio de traslado terrestre en ambulancia, quedan excluidos los traslados interhospitalarios, del hospital hacia el domicilio del asegurado y del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorio, clínicas u otros.

Cláusula 3. Forman parte del contrato

Forman parte de este contrato las condiciones generales y particulares de la presente póliza, la solicitud de seguro, la nota técnica actuarial, los endosos y los anexos firmados, si los hubiere.

Cláusula 4. Definiciones

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

1. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico. Para efectos de la presente póliza, por extensión y aclaración se considera accidente: El homicidio culposo, la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios.

2. Asegurado: Es la persona que está cubierta por esta póliza y debidamente registrada en las Condiciones Particulares como:

- **Asegurado titular:** Persona que contrata la póliza y se encuentra cubierta por la misma.
- **Cónyuge:** Persona que forma parte de un matrimonio o viva en unión libre con el Asegurado Titular.

3. Comisión Nacional de Bancos y Seguros o CNBS: Institución que tiene la responsabilidad de velar por la estabilidad y solvencia del sistema financiero y demás supervisados, su regulación, supervisión y control.

4. Compañía: Es quien emite la póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.

5. Condición Preexistente: Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, lesión o dolencia que existía con anterioridad a la cobertura del Asegurado, sobre la cual padeció síntomas, tratamiento o cuidado; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté en proceso de diagnóstico a la contratación de la póliza.

6. Deducible: Se establece en las Condiciones Particulares y se indica como el número de días de hospitalización que el Asegurado permanece hospitalizado y por los cuales no tiene derecho a indemnización.

7. Día de hospitalización: Veinticuatro (24) horas continuas en las cuales el Asegurado se encuentre internado en un hospital.

8. Enfermedad: Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales,

mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza.

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

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

11. Hospitalización/Hospitalizado: Situación en la que una persona esté registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice al menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería, pernoctando mínimo una noche. Este concepto no considera lo que se denomina hospitalización domiciliaria.

12. La Ley: Ley de instituciones de seguros y reaseguros, código de comercio y demás aplicables de la República de Honduras

13. Lesión: Significa cualquier herida sufrida por el Asegurado en su cuerpo como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por esta póliza, después de emitida ésta y mientras se

encuentre en vigor.

14. Médico: Persona calificada por un grado en medicina que está legalmente autorizado en el área geográfica de su práctica para otorgar servicios médicos o quirúrgicos. Para efectos de la póliza se excluye al médico cuando es el mismo Asegurado, socio, empleado del Asegurado o familiar de este hasta tercer grado de afinidad o consanguinidad.

15. Período de Espera: Es el tiempo con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.

16. Plan: Alternativa seleccionada por el Asegurado Titular en la cual se describen las sumas aseguradas y la prima a pagar.

17. Prestadora de Servicios: Empresa que actúa como la operadora y prestadora de los servicios de asistencia a través de su red de proveedores.

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

19. Servicio de Asistencias: Grupo de servicios técnico y/o profesionales que brinda la prestadora de servicios, con el fin de respaldar al Asegurado en eventos amparados en las presentes condiciones. Para que la prestadora de servicios pueda autorizar los servicios de asistencia, el Asegurado deberá solicitarlos brindando la información y documentación requerida siempre y cuando no incumplan aspectos de índole legal.

20. Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro, ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente póliza, obliga a la Compañía al

pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

21. Suma Asegurada: Es el valor que selecciona el Asegurado Titular en las Condiciones

Particulares cuyo importe es la cantidad que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.

22. Terrorismo: 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 5. Límites de responsabilidad

El límite de responsabilidad máximo son las cantidades que pagará la compañía por las sumas aseguradas descritas en las condiciones particulares, de acuerdo con el plan contratado por el asegurado titular.

Cláusula 6. Declaraciones falsas o inexactas

Las declaraciones inexactas y las reticencias del asegurado, relativas a circunstancias sobre las cuales la compañía no habría dado su consentimiento o no habría aceptado el riesgo en las mismas condiciones si hubiese conocido

el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el asegurado haya obrado con dolo o con la culpa grave.

La compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al asegurado titular su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

La compañía tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado anteriormente, no estará obligada la compañía a pagar indemnización alguna.

Si el seguro concerniere a varias cosas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1137 del código de comercio.

Si el asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el asegurado titular dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por la compañía o antes que

ésta haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

La compañía quedará desligada de sus obligaciones si se comprobare que en el siniestro hubo dolo o culpa grave del asegurado.

Cláusula 7. Pago de prima

La prima que debe pagar el asegurado titular figura en las condiciones particulares. Las primas serán cobradas mensualmente al medio de pago automático indicado por el asegurado titular en las condiciones particulares. Cualquier atraso en el pago automático no podrá ser imputado a la compañía, y no exonera al asegurado titular de la obligación del pago de la prima en las fechas convenidas.

El asegurado titular acepta que la compañía cobrará esta póliza únicamente a través del medio de pago automático acordado, tal y como se detalla en las condiciones particulares.

Cláusula 8. Vigencia

La póliza tiene una vigencia de un (1) 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 de la cobertura de cada asegurado figura en las condiciones particulares y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

Cláusula 9. Beneficiario

El asegurado será el mismo beneficiario de las coberturas contratadas.

Cláusula 10. 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 compañía 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 compañía 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 compañía al celebrar el contrato, lo habría contratado en condiciones diferentes.

La compañía 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 titular no aceptara el aumento de la prima, la póliza será cancelada y, en tal caso, la

compañía 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 Titular tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio.

Cláusula 11. Aviso del siniestro y solicitud de asistencias

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

Para presentar un reclamo o solicitar algún servicio de asistencia, el asegurado deberá comunicarse a los números de teléfonos descritos en las condiciones particulares, en los cuales también podrá solicitar informes actualizados de los proveedores de la prestadora de servicios.

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 calendario contados desde la cancelación o después de terminada la vigencia de la póliza.

El Asegurado deberá hacer todo lo que esté a su alcance a fin de que la compañía pueda investigar el evento que produjo la reclamación.

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

El asegurado tendrá quince (15) días hábiles a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación. En ningún caso se tramitará la solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al asegurado.

Presentación de siniestros:

Requisitos para presentar para la indemnización correspondiente de un siniestro.

- 1.** El formulario de reclamación suministrado por la Compañía completado.
- 2.** Fotocopia de la cédula de identidad de Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- 3.** Original y copia de la factura pagada a la

clínica u hospital donde fue atendido el Asegurado, o del documento probatorio donde se indique claramente la fecha y hora de ingreso y la fecha y hora de salida del hospital o clínica.

4. Copia del historial médico completo donde se indique claramente la razón de la hospitalización y el nombre del(los) médico(s) que atendieron el evento. En caso de que la hospitalización inicial se extienda por más días, deberá aportar orden en la que se indique claramente la razón por la cual se extiende la hospitalización y el nombre del médico tratante.

5. Original y copia de la orden de hospitalización del médico tratante, donde se aprecie claramente el nombre, el número de identificación del paciente y la razón de la hospitalización, igualmente la fecha, el nombre, la dirección y el teléfono del médico que la expidió.

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

Cláusula 12. Terminación anticipada

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

Las coberturas indicadas en esta póliza

terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del asegurado titular o del medio de pago especificado.
- El fallecimiento del asegurado titular.
- Por solicitud del asegurado titular a través de la renuncia telefónica.
- Por no pago de la prima en las fechas estipuladas.
- La compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.
- El asegurado titular cumpla setenta (70) años de edad.

Renuncia telefónica

El asegurado titular podrá cancelar el seguro únicamente llamando a los números de teléfono del centro de atención indicados en la Condiciones Particulares. 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 titular durante los primeros treinta (30) días posteriores a la emisión de la Condiciones Particulares, 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 titular solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la cancelación por parte del asegurado titular.

Cláusula 13. Renovación

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

Cláusula 14. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión, falsa o inexactas

declaraciones 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 día en el 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 15. Controversias

Cualquier controversia o conflicto entre la compañía y el asegurado titular sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación y 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 16. Comunicaciones

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado Titular, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por el Asegurado Titular en las Condiciones Particulares o a la última recibida por la Compañía. El Asegurado Titular 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 titular a la compañía, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas principales y/o sucursales.

Cláusula 17. Territorialidad

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

El servicio de asistencia brinda protección al asegurado únicamente dentro del territorio de la República de Honduras.

Cláusula 18. Edad

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

Edad mínima de aceptación: Dieciocho (18) años.

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

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

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

La cobertura establecida en este seguro se otorga a partir de la declaración de la edad hecha por el asegurado titular en las condiciones particulares. La edad será comprobada al tramitar el reclamo presentando certificado de nacimiento o documento de identificación del asegurado expedido por la autoridad competente.

Cláusula 19. Período de gracia

La compañía otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima, durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado titular cobrara 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 compañía podrá cancelar la cobertura para dicho asegurado, considerando la fecha de cancelación la fecha de vencimiento en que debió ser pagada la totalidad de la prima.

Cláusula 20. Rehabilitación

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

Cláusula 21. Indisputabilidad

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

Cláusula 22. Moneda

Todos los valores de la póliza se expresan en dólares de los Estados Unidos de América, las obligaciones podrán ser pagadas en moneda nacional tomando en cuenta el tipo de cambio que el Banco Central de Honduras publique en la fecha en que se efectúe el pago.

Cláusula 23. Endoso de exclusión LA/FT

El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún tribunal

nacional o de otra jurisdicción por los delitos de narcotráfico, lavado de dinero, financiamiento del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por tratados o convenios internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario 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.

Esto 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 Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

Cláusula 24. 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.