

CONDICIONES GENERALES

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

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PRODUCTO

SEGURO POR ENFERMEDADES GRAVES, pudiendo comercializarse bajo ese o cualquier otro nombre comercial relacionado con sus coberturas y específicamente destinado a cubrir posibles gastos en caso de que el asegurado presente una de las enfermedades graves cubiertas.

I DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURAS

Las coberturas que se describen a continuación serán efectivas en caso que el siniestro ocurra sobre el asegurado titular reportado en el certificado de seguro que forma parte de la presente póliza.

I. COBERTURA POR ENFERMEDAD GRAVE:

La Compañía pagará al Asegurado la suma del plan contratado, si es diagnosticado mediante certificado o dictamen médico por primera vez dentro de la vigencia de la póliza con una de las Enfermedad Graves cubiertas por esta póliza, siempre y cuando cumpla con todas las disposiciones establecidas en estas condiciones.

- a. **Periodo de Espera:** Ningún beneficio será cubierto o elegible si los síntomas se manifiestan y/o la enfermedad es diagnosticada dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza Y/o fecha de rehabilitación de la póliza.

Dicho periodo se restablecerá si la cobertura es interrumpida por cualquier periodo de tiempo y por cualquier causa.

- b. Enfermedades Graves Cubiertas

- a. Cobertura de cáncer de mama y cáncer de cervicouterino:

Entendiendo el concepto de cáncer como la presencia de enfermedad maligna, de crecimiento incontrolado, progresivo, con alteración de la estructura del tejido normal, con destrucción del tejido circundante, con potencial de invasión y diseminación de las células malignas.

El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histológica mediante estudios de biopsia de la lesión de las mamas y colposcopia en el caso de cáncer cervicouterino, así como evidencia radiológica mediante mamografía o USG de mamas y USG o TAC abdominopélvico en el caso de cáncer del cuello uterino con sospecha de invasión a tejidos circundantes.

Para obtener esta cobertura, en el caso de cáncer de mama se utilizará la clasificación mamográfica BI-RADS (Brest Image Reporting And Data System) que debe concluir que se trata de una lesión BIRADS 4C (Lesión con alta sospecha de malignidad en porcentaje de 51 a 95%), así como la nomenclatura (TNM: Tamaño, invasión a Nódulos linfáticos, Metástasis) que concluya que

el cáncer ha progresado a una lesión maligna de más de 20 mm de diámetro en su diámetro mayor (T2), con o sin extensión a ganglios linfáticos (N), con o sin extensión a tejidos circundantes o diseminación a distancia (M).

En los caso de cáncer cervicouterino se utilizarán como referencia la clasificación colposcópica de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) que debe concluir que se trata de carcinoma invasor IA (Carcinoma identificado microscópicamente con invasión media del estroma a una profundidad de 5 mm y un diámetro mayor de 7 mm).

En ambos casos se excluyen de cobertura las lesiones premalignas.

b. BENEFICIO DE ASISTENCIA FUNERARIA

Este seguro incluye el servicio de asistencia funeraria que cubre únicamente al momento de fallecer el asegurado, el detalle de beneficios y cobertura se describen en el anexo 1 de este documento.

c. BENEFICIO PROGRAMA DE LA MUJER:

Como parte de las coberturas la asegurada cuenta con el beneficio estudios médicos de rutina en nuestro proveedor PORSALUD. El periodo de espera para la realización de estos estudios es de 6 meses contados desde la fecha de contratación del seguro y sus primas deben de estar al día.

El estudio de rutina contempla lo siguiente:

- Consulta con medico ginecológico.
- Ultrasonido de mama.
- Ultrasonido Pélvico.
- Citología Vaginal.

La cobertura de estos estudios solo aplica en el proveedor PORSALUD.

II EXCLUSIONES

De conformidad con las condiciones generales o especiales de la póliza queda excluido el pago de cualquier indemnización si el fallecimiento o la enfermedad grave, se produce a consecuencia de:

- a) Enfermedades y/o condiciones en la salud que existieren antes de la suscripción de este seguro, ya sea que se hubiere diagnosticado, recibido tratamiento o que el asegurado haya tenido conocimiento o sufrido los síntomas de la enfermedad; hayan sido estas declaradas o no en la solicitud del seguro.
- b) Suicidio o tentativa de suicidio.
- c) Omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- d) Vivir en el extranjero (Vivir fuera del territorio por más de 13 semanas consecutivas en cualquier periodo de 12 meses)
- e) Guerra civil, insurrección, revolución, inestabilidad civil o motín.

- f) Participación en cualquier fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.
- g) El acto que se realiza en forma independiente o representa , o en relación a un grupo u organismo, para influir en cualquier grupo, corporación o gobierno, por medio de la fuerza, a través de terrorismo, secuestro o intento de secuestro, ataque, asalto o cualquier medio violento.
- h) Un acto intencional o auto-infligido (provocado).
- i) VIH/SIDA
- j) Ingesta de drogas o medicamentos controlados, diferentes a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.
- k) Fusión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.
- l) Actos ilegales cometidos por el beneficiario de la póliza que den lugar a la enfermedad grave en la vida asegurada.
- m) Lesiones o enfermedades que surgen de la práctica de deportes profesionales, carreras de cualquier tipo, buceo, vuelos aéreos (incluyendo salto bungee, uso de planeadores, globo aerostático, paracaidismo y clavados) distintos a los realizados como miembro de la tripulación o como pasajero comercial en una aeronave que opera en rutas con itinerarios establecidos en forma regular o cualquier actividad o deporte peligroso a menos que lo contrario sea acordado por medio de un endoso especial.
- n) Participación en competencia de alto riesgo.
- o) Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
- p) Falsas declaraciones, omisión o reticencia de información del Asegurado que puedan influir para la correcta apreciación y/o comprobación de su estado de salud; siempre y cuando la compañía haya cumplido con lo estipulado en el Código de Comercio en sus artículos 1141 y 1142.
- q) Homicidio o Asesinato de cualquier índole.
- r) Cualquier otra enfermedad grave distinta a las indicadas como cubiertas en este documento.
- s) EXCLUSION LA/FT: El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos 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 no delincuencia organizada conocidos como tales por tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en la lista 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 otra. Este endoso se adecuara a lo pertinente a los procedimientos especiales que podrán derivarse de la Ley Especial contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido 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.”

III FORMA PARTE DEL CONTRATO

La solicitud/Certificado de seguro, la oferta, las condiciones Generales, anexos, convenio de pagos, endosos y/o addendums que se expidan y las declaraciones proporcionadas por el Asegurado, constituyen la póliza de seguro celebrado entre La Compañía y El Asegurado.

IV DEFINICIONES

Para efectos de esta póliza se entenderá por:

- **Asegurado:** Persona natural o jurídica suscriptora de la póliza, tomador del seguro o contratante, que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.
- **Asegurador:** Entidad autorizada para el ejercicio de la actividad de seguros mediante un contrato de seguro, se compromete a la cobertura del riesgo objeto de dicho contrato
- **Beneficiario:** Titular de los derechos indemnizatorios establecidos en la póliza.
- **Beneficios:** Aquellos que incorporan más prestaciones a partir de la cobertura principal.
- **Clasificación TNM T2N0M0:** Es uno de los sistemas de estadificación de cáncer de mayor uso. La mayoría de los establecimientos médicos usan el sistema TNM como método principal al dar algún informe sobre el cáncer. El sistema TNM se basa en el tamaño o extensión (alcance) del tumor primario (T), el grado de diseminación a los ganglios linfáticos (N) cercanos, y la presencia de metástasis (M) o de tumores secundarios que se formen por la diseminación de las células cancerosas a otras partes del cuerpo. Un número se añade a cada letra para indicar el tamaño o extensión del tumor primario y el grado de diseminación del cáncer.
- **Cobertura:** Obligación principal de la Compañía en un contrato de seguros, consistente en hacerse cargo, hasta el límite de la suma asegurada por las consecuencias económicas que se deriven de un siniestro.
- **Compañía:** Se entiende por Ficohsa Seguros, S.A, y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- **Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las empresas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.
- **Diagnóstico:** Es el diagnóstico inequívoco de un Médico, confirmado por otro Médico, de la existencia de una Enfermedad grave, basado en el historial del paciente, examen físico, radiografías y/o laboratorios, incluyendo una confirmación histológica y microscópica.
- **Endoso o Anexo:** Documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Institución de Seguros y el contratante, según corresponda
- **Estadificación:** La estadificación describe la gravedad del cáncer que aqueja a una persona basándose en el tamaño o en la extensión del tumor original (primario) y si el cáncer se ha diseminado en el cuerpo o no.
- **In situ:** Las células anormales están presentes solo en la capa de células en donde se forman.
- **Médico:** Significa un médico o cirujano legalmente autorizado e inscrito para ejercer la medicina según las leyes del país en el cual practica medicina. El Médico no incluirá al Asegurado ni un familiar del Asegurado.
- **Metástasis:** El cáncer metastásico es cáncer que se ha diseminado de su lugar de origen a otras partes del cuerpo. Un tumor que se forma de las células del cáncer metastásico se llama tumor metastásico o metástasis. El proceso por el cual las células del cáncer se diseminan a otras partes del cuerpo se llama también metástasis.
- **Periodo de Espera:** Es el lapso predeterminado e interrumpido de tiempo que debe transcurrir para cubrir ciertos padecimientos, contados a partir del ingreso del asegurado a la póliza.
- **Prima:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que La Compañía cubra los riesgos contratados mediante la presente póliza.
- **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada y/o Beneficios Adicionales contratados.

- Tomografía Computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética (RMN): son técnicas de diagnóstico por imágenes complementarias

V LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

La compañía indemnizará en base a los términos y condiciones establecidas en este documento, hasta el valor máximo de suma asegurada del plan que contrate el asegurado descritos en la solicitud / Certificado de Seguro. Bajo ningún concepto, La Compañía estará obligada a indemnizar un límite mayor de los indicados en esta Póliza.

VI COBERTURA ÚNICA

Un mismo asegurado no podrá efectuar doble solicitud de seguro bajo este producto, con el propósito de tener doble cobertura.

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 o sumas aseguradas 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.

VII OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurador no habrían 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.

El asegurador perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

El asegurador 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 en el párrafo anterior, no estará obligado el asegurador a pagar la indemnización. Si el seguro concerniera a varias cosas o personas, 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. Si el contratante 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 dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por el asegurador o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

A pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, él asegurador no podrá resolver el contrato en los casos siguientes:

I.-Si él mismo provoca la omisión o inexacta declaración;

II.-Si la empresa conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido;

III.-Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y

IV.-SI el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si el dato omitido quedase contestado con alguna otra declaración y ésta fuere omisa o inexacta en los hechos.

VIII PRIMAS Y PERÍODO DE GRACIA

La prima que debe pagar el Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura. Las primas podrán ser cobradas de forma mensual, con cargo 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, tal como se detalla en el certificado en la sección de Datos de Pago.

En caso de siniestro por muerte se deducirán de la indemnización las primas pendientes de pago a la fecha del fallecimiento.

IX VIGENCIA, RENOVACIÓN Y CANCELACIÓN

La póliza tiene una vigencia de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia y con renovación automática.

Esta Póliza es renovable automáticamente por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. En caso que la Aseguradora requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, estas deberán ser comunicadas con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

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 treinta (30) 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 la Aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

RENUNCIA TELEFONICA:

El asegurado podrá cancelar la póliza únicamente llamando telefónicamente a los números de teléfono del centro de atención indicados en el Certificado de Seguro. La fecha efectiva de la cancelación será a partir de la fecha de la llamada, excepto que exista prima adeudada, en tal caso la cancelación será a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima.

DEVOLUCIÓN DE PRIMA POR CANCELACIÓN:

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

X BENEFICIARIO(S)

Por la cobertura de Enfermedad Grave el beneficiario será el propio asegurado, Si el asegurado fallece antes de haber sido indemnizada la cobertura de la póliza, será pagada a los beneficiarios declarados por el asegurado en la solicitud- certificado.

El Asegurado podrá instruir, a una o más personas, individualizándolas en la solicitud de incorporación al seguro como beneficiarios.

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos por ley, en los porcentajes establecidos por la ley, debiendo presentar la declaratoria de herederos emitida y refrendada por el Instituto de la Propiedad de la República de Honduras.

El Asegurado podrá modificar su designación de beneficiario cuando lo estime conveniente. A tal efecto deberá dar aviso a la Aseguradora por escrito o Telefónicamente llamando al teléfono de atención al cliente.

La Aseguradora pagará a los beneficiarios registrados en esta póliza o herederos por ley del asegurado si no designo beneficiarios en la solicitud, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia y/o pago del siniestro

En el caso de la cobertura de Enfermedad Grave el beneficiario será el propio asegurado

La Suma Asegurada contratada será pagada al beneficiario o beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

XI AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a La Compañía toda circunstancia de agravación (es) de riesgo (s) aun cuando fuere (n) temporal (es), que pudiera (n) afectar la base de contratación de la póliza o que de haber sido conocidas por La Compañía no habría dado su consentimiento para la celebración del contrato o la habría dado en condiciones diferentes, esta comunicación debe ser realizada por el asegurado a La Compañía de manera escrita en las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca o deba conocer.

La falta de esta comunicación faculta a La Compañía a dar por terminada la cobertura; la responsabilidad de La Compañía concluirá 15 días calendarios después de haber comunicado su resolución al asegurado.

XII AVISO DE SINIESTROS

El Asegurado, representante o beneficiario deberá dar aviso escrito a la Compañía dentro de los primeros noventa (90) días hábiles de haber ocurrido el hecho amparado por la póliza y suministrar la información requerida a continuación de acuerdo a la cobertura reclamada.

12.1 En Caso de Muerte

La Compañía pagará la suma asegurada del plan contratado en caso de fallecimiento del asegurado, una vez recibido la documentación completa del reclamo, siempre y cuando la indemnización proceda.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de Informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La prima anual vencida, o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este contrato, serán deducidos de la liquidación correspondiente.

Para hacer efectivo el pago del beneficio del seguro en caso de fallecimiento del Asegurado, La Compañía se reserva el derecho de exigir los siguientes documentos:

- a) Formulario de reclamo debidamente completado por los beneficiarios o sus representantes.
- b) Certificado de defunción del asegurado.
- c) Certificación médica haciendo constar las causas de la muerte.
- d) Certificado de nacimiento o Tarjeta de Identidad del asegurado.
- e) Documento legal de identificación de los beneficiarios.
- f) Certificado de los resultados de autopsia, en los casos que sea requerido específicamente.
- g) La Compañía podrá requerir la realización de otras pruebas o exámenes adicionales en casos extremos de identificación del asegurado; como pruebas dentales, ADN y otras aplicables.
- h) Informe de las autoridades competentes.
- i) Original de la póliza.
- j) Los demás documentos necesarios para acreditar la muerte del asegurado y la identidad del beneficiario.
- k) La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del siniestro.

12.2 En Caso de Enfermedad Grave:

Se deberá avisar del reclamo por escrito a La Compañía en un plazo máximo treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha del diagnóstico de la Enfermedad Grave.

Es condición para el pago de cualquier reclamación cubierta por esta póliza, que el Asegurado o quien sus derechos represente aporten pruebas a La Compañía que demuestren todos los hechos que a continuación se enuncian

- a) Informe emitido por el médico tratante legalmente facultado, en el cual se debe indicar el diagnóstico definitivo, fecha en que iniciaron los primeros síntomas y antecedentes médicos.
- b) Se deben presentar los estudios de laboratorio, estudios radiológicos, exámenes especiales y cualquier otro que sustente el diagnóstico indicado en el informe médico.

La Compañía podrá solicitar sin costo para el Asegurado una segunda evaluación médica con el médico que La Compañía designe, teniendo derecho el Asegurado o La Compañía a solicitar hasta una tercera evaluación con el fin de reconfirmar el diagnóstico indicado por el Médico tratante.

Así mismo La Compañía podrá realizar las investigaciones que a su juicio considere necesarias ya sea con el o los médico(s) tratante (s), centros hospitalarios, laboratorios y con cualquier otra organización, institución o persona que haya tratado o tenga información sobre los antecedentes médicos del asegurado.

XIII TERMINACIÓN DEL CONTRATO

La Cobertura y Beneficios Adicionales terminaran automáticamente en los casos siguientes:

- a) Al fallecimiento del Asegurado.
- b) Por falta de pago de las primas.
- c) Si la póliza ha sido cancelada por cualquier motivo.
- d) Por omisiones o declaraciones inexactas del asegurado, como se describe en este documento.
- e) Si el Asegurado se enlistare en cualquier unidad auxiliar o civil no combatiente que esté al servicio de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país en guerra, declarada o no.
- f) Al cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años edad máxima de permanencia de este seguro.
- g) Por decisión de la Compañía, en este caso, la Compañía deberá notificar al Asegurado por los menos quince (15) días hábiles de anticipación, a través de: a) Medio escrito con acuse de recibo, b) Correo electrónico, c) Correo certificado, d) Cualquier otro medio que demuestre la comunicación con el Asegurado.

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

XIV PRESCRIPCIÓN

De conformidad con el Artículo 1156 del Código de Comercio, todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha de acontecimiento que les dio origen.

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

XV SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros 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, conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

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

XVI COMUNICACIONES

Para todos los efectos de la presente Póliza, el Contratante y/o Asegurado están obligado a comunicar a la Compañía por escrito sus cambios de domicilio y dirección. A falta de ello, todas las comunicaciones dirigidas al último domicilio o correo electrónico conocido por la Compañía surtirán pleno efecto. Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por el Asegurado en el Certificado de Cobertura o a la última recibida por la Compañía. El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada.

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

XVII TERRITORIALIDAD

Esta Póliza brinda cobertura a nivel mundial, sin restricciones relativas a viajes y lugar en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando la ocupación del asegurado no incumpla ninguna ley nacional o internacional.

XVIII LÍMITES DE EDAD

- Mínima de Ingreso: Al cumplimiento de los veintiuno (21) años.
- Máxima de Ingreso: Al cumplimiento de los cincuenta y cinco (55) años.
- Máxima de Permanencia: Al cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años.

Las edades anteriormente establecidas podrán variar de acuerdo a negociaciones especiales realizadas con el asegurado.

Se aplicaran las siguientes reglas referentes a la edad del Asegurado:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la compañía se reducirá en la proporción que existe entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- b) Si La Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a percibir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) Si a consecuencia de la inexactitud en la indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato, y las primas deberán reducirse de acuerdo con la edad correcta;
- d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.
- e) Si al fallecimiento del asegurado se comprobara que hubo inexactitud en la declaración de la edad del asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por La Compañía, ésta rescindirá el contrato y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

XIX INDISPUTABILIDAD

Esta Póliza será indisputable a partir del segundo (2) año de cobertura continua a partir de la fecha de la emisión y/o inclusión del asegurado conforme el Artículo 1261 del Código de Comercio, la Compañía renuncia al derecho de impugnarla, excepto en los siguientes casos:

- a) Si la muerte del Asegurado ocurre a causa de suicidio dentro de los dos primeros años cobertura continua en la póliza.

- b) Cuando la edad declarada por el Asegurado sea inexacta, en cuyo caso se procederá de acuerdo con la Cláusula "COMPROBACIÓN DE EDAD".

XX RESIDENCIA

Sera elegibles las personas que residan permanentemente en la República de Honduras.

XXI MONEDA

Las Sumas Aseguradas, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en la moneda contratada Lempira o moneda en Dólar.

Todos los pagos que el Asegurado deba hacer a La Compañía o los que ésta tenga que hacer por cualquier concepto, con motivo de esta póliza, deberán efectuarse en la moneda del plan suscrito.

XXII CAMBIO DE PLAN CONTRATADO

El asegurado podrá optar al cambio de su plan contratado mediante notificación por escrito a la compañía de seguros, siempre y cuando goce de buena salud, complete nuevamente la solicitud de inscripción y cumpla con los requisitos de asegurabilidad que la compañía aseguradora solicite.

XXIII NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicara las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguro y Reaseguro y demás normativas aplicable emitidas por la Comisión Nacional de Bancos y seguros.



FIRMA AUTORIZADA
FICOHSA SEGUROS

ANEXO 1 ASISTENCIA FUNERARIA

Beneficios: Asistencia Funeraria

- Ataúd y preparación del cuerpo.
- Apoyo para realizar los trámites legales ante las autoridades competentes de Honduras.
- Sala de velación por 24 horas o servicio a domicilio a nivel nacional, si así lo deciden los familiares.
- Coordinación de la ceremonia religiosa o culto.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación o al domicilio a nivel nacional, ceremonia religiosa y campo santo.
- Terreno y gastos de sepultura o cremación.
- Arreglos florales para el centro del féretro (ataúd) y dos arreglos florales adicionales tamaño medianos.
- Servicio de café, refrescos y alimentación ligera en la sala de velación, para todos los asistentes.

Repatriación de Restos: (En caso de fallecimiento fuera de Honduras)

- Preparación del cuerpo, embalsamamiento y tanatopraxia (Preparación del cuerpo para la velación).
- Apoyo para realizar los trámites legales, consulares y traslado del cuerpo desde cualquier país del mundo hacia Honduras.
- Ataúd hermético para la repatriación.
- Funda de protección para el revestimiento del ataúd en el transporte aéreo. • Embalaje especial del ataúd para el transporte aéreo.
- Traslado del cuerpo hasta y desde el aeropuerto.
- Transporte aéreo del cuerpo a Honduras para la repatriación.
- Trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en el aeropuerto de Honduras.
- Traslado del cuerpo desde el aeropuerto Internacional de Honduras hacia el lugar de velación.
- Asistencia funeraria a nivel nacional.

Expatriación de Restos:

Estarán cubiertas la expatriación de restos desde cualquier lugar del territorio de Honduras hacia el país de origen del asegurado. Cubriéndose únicamente:

- Traslado de restos.
- Trámites legales.
- Entrega de los restos en el aeropuerto de la ciudad de origen del asegurado fallecido.

Generalidades:

- Aplica la edad máxima de ingreso y permanencia de la póliza.
- En caso de afiliarse ambos cónyuges, esta asistencia se brinda únicamente al primer cónyuge en fallecer.
- El servicio de repatriación se prestará desde cualquier país del mundo hacia Honduras.
- Este servicio se brindará a todos los asegurados que suscriban la asistencia funeraria, independientemente de la causa de la muerte. Sin embargo, la prestación de los servicios, no obliga a la compañía de seguros al pago de la suma asegurada en el seguro de vida y beneficios adicionales por una causa de muerte o un evento no cubierto según las condiciones de la póliza.
- Se podrán hacer modificaciones a este servicio en cualquier momento, con una notificación de 30 días calendario previo a la implementación.
- En caso de mora mayor a 30 días los servicios descritos serán suspendidos automáticamente.

- Memorial International Honduras, S. A. como proveedor del servicio de asistencia funeraria no se responsabiliza por ningún servicio coordinado directamente con prestadoras de Servicios Fúnebre y Repatriación, en ningún caso se realizará reembolso de los gastos incurridos.
- Ficohsa Seguros y Memorial International Honduras S.A. no será responsable por daños y/o perjuicios originados o causados por los proveedores en red.

En caso de requerir el Servicio de Asistencia Funeraria y/o Repatriación o Expatriación debe comunicarse al Call Center: Zona Centro Sur 2280-4747 y Zona Norte 2580-4747, servicio disponible las 24 horas los 365 días del año.

Las llamadas Internacionales en caso de Repatriación se atenderán en los teléfonos:

Desde USA:

- Línea Normal 011-504 2270 7389
- Línea Gratuita 011-504-800-2220-8888

Desde España y Latinoamérica:

- Línea Normal 00-504 2270-7389
- Línea Gratuita 00-504-800-2220-8888

Para mayor información de números telefónicos de Memorial International en otros países puedes consultar en la página web www.memorialinternational.com