

PÓLIZA DE SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

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 calendario siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

Se considerarán aceptadas las ofertas de prórroga, renovación, modificación o restablecimiento de un contrato, hechas en carta certificada o cualquier otro medio escrito o electrónico con acuse o comprobación de recibo. Si la empresa aseguradora no contesta dentro del plazo de quince (15) días contados desde el siguiente al de la recepción de la oferta, siempre que no estén en pugna con disposiciones imperativas del Código de Comercio o de esta Ley.

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

OBJETO DEL CONTRATO

Seguros Atlántida, S.A., con domicilio en Tegucigalpa M.D.C.; República de Honduras C.A.; en adelante referida como la COMPAÑÍA, de conformidad con esta Póliza, conviene con el CONTRATANTE nombrado en las Condiciones Particulares (en adelante denominado “el CONTRATANTE”) en celebrar un contrato de seguros de ENFERMEDADES GRAVES que cubre los riesgos de CANCER, INFARTO AL MIOCARDIO, ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, CIRUGÍA ARTERIO CORONARIA (BY PASS- 2 Ó MAS ARTERIAS), TRASPLANTE DE ORGANOS MAYORES, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, y demás estipulaciones contenidas en la Póliza.

Forman parte del Contrato Completo entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE, estas Condiciones Generales, sus Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro y las declaraciones de Asegurado en el Formulario de Suscripción y/o Declaración de Salud, la Caratula de la Póliza así como los endosos que se anexen.

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO DE ENFERMEDADES GRAVES:

Es una póliza individual de salud, la cual tiene como objetivo cubrir una enfermedad grave diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza.

SECCION 1: OBJETO DEL SEGURO

Se otorga el pago de una suma asegurada por el primer diagnóstico que se presente en la vida del asegurado, de cualquiera de las enfermedades cubiertas por la presente póliza.

Las enfermedades calificadas como Enfermedades Graves cubiertas, son las siguientes:

Cáncer, Infarto al miocardio, accidente vascular cerebral, Insuficiencia Renal Crónica, Cirugía Arterio Coronaria (Bypass – 2 o más arterias), o Trasplante de Órganos.

SECCION 2: DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS

a) CÁNCER:

Diagnóstico de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y diseminado de células malignas, con invasión y destrucción del tejido normal.

El cáncer debe estar confirmado mediante estudio histopatológico por un histopatólogo, o un oncólogo calificados.

El cáncer incluye:

- **A la leucemia**
- **Al linfoma maligno**
- **A la enfermedad de Hodgkin**
- **A las enfermedades malignas de la médula ósea**
- **Al cáncer metastático de piel.**

Exclusiones:

- **Carcinoma “in situ”, displasia cervical, CIN-1, CIN-2, CIN-3, así como todas las lesiones premalignas y cánceres no invasivos.**

- **Cáncer incipiente de próstata clasificado en TNM como T1 (incluyendo T1a y T1b) o sus equivalentes en otras clasificaciones.**
- **Melanomas de la piel con grosor de Breslow menor de 1.5 milímetros o menor de nivel 3 de Clark**
- **Hiperqueratosis, cánceres de piel de células basales y escamosas**
- **Todos los tumores en presencia de infección por VIH**
- **Leucemia linfocítica crónica, a menos de que exista evidencia histológica de progresión como mínimo a un Estadio A de Binet**

b) INFARTO AL MIOCARDIO:

Se define como la primera ocurrencia de la muerte del músculo cardiaco debida a un inadecuado aporte de sangre a la zona, manifestado al menos por dos de los siguientes datos:

- **Síntomas: Dolor precordial característico**
- **Elevación de las enzimas cardíacas**
- **Cambios electro cardiográficos característicos relevantes**

Exclusiones:

- **El infarto subendocárdico**
- **La angina de pecho**
- **El infarto “No Q”**
- **Micro infartos con una elevación mínima de las troponinas T o I.**

c) ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Se define como la suspensión súbita de las funciones cerebrales fundamentales debido a un Accidente Cerebrovascular que produce secuelas neurológicas demostrables, de más de veinticuatro horas de duración, de causa isquémica o hemorrágica.

Exclusiones:

- **Se excluye de esta cobertura las causas traumáticas accidentales, los episodios de Isquemia Cerebral Transitoria y los hallazgos incidentales en estudios rutinarios de imágenes cerebrales.**

- Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica significativa, de una duración de por lo menos tres (3) meses.

d) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

Se define como la etapa terminal de una enfermedad renal crónica e irreversible con insuficiencia de ambos riñones y que requiere necesariamente de un tratamiento a base de diálisis o la necesidad de un trasplante renal

Para efectos de este beneficio, queda excluido el caso de períodos temporales de diálisis.

El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica, con evidencias en los análisis de sangre de insuficiencia renal irreversible, que hace necesaria la diálisis peritoneal o la hemodiálisis periódica a largo plazo.

Exclusiones:

- Diálisis temporal por falla renal considerada como reversible después de algunas semanas de tratamiento.

e) CIRUGÍA ARTERIO CORONARIA (BY PASS – 2 O MAS ARTERIAS):

Es la que requiera la cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

Exclusiones:

- Angioplastia con balón
- Otras técnicas que no requieran cirugía abierta
- Procedimientos con rayos láser

Requisitos: contar con las imágenes de la angiografía coronaria.

f) TRASPLANTE DE ORGANOS MAYORES:

La realización actual de un trasplante de órganos en que el asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islotes de Langerhans) como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador.

El trasplante debe tener una indicación médica, y ésta deberá estar basada en la historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido.

Deberá contarse con toda la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Únicamente queda cubierto el receptor y no el donador.

Exclusiones:

- **Trasplante de islotes de Langerhans únicamente**
- **No aplicará la indemnización para el trasplante de órganos en el caso de la insuficiencia renal, cuando ya se hubiere cubierto la indemnización por esta causa, así como en el caso del trasplante de corazón cuando ya se hubiere cubierto el infarto del miocardio.**
- **Trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células**

SECCION 3: DEFINICIONES

Los conceptos indicados a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este contrato.

AÑO – CONTRATO: Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de vigencia del Contrato.

ASEGURADO: Persona natural amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza y que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptado por la Compañía. Asimismo, tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este Contrato de seguro, además de firmar como responsable en la solicitud.

BENEFICIARIO: Es la persona o las personas designadas en la solicitud del seguro por el Asegurado, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento, aunque siempre debe existir un interés asegurable.

CONTRATANTE: Persona natural o jurídica cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta póliza, y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en ella.

CONTRATO: Este Contrato de seguro está constituido por:

- a) La carátula de la póliza, que es el documento en que se identifica al Contratante, al Asegurado y donde se especifican las coberturas contratadas, las Primas, el periodo de seguro convenido y los límites pactados.
- b) Estas Condiciones Generales.
- c) En su caso, las cláusulas adicionales o Endosos, los cuales son documentos que, debidamente firmados por un funcionario autorizado de La Compañía, modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
- d) Las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro y en el cuestionario médico.
- e) En su caso, la historia Clínica, exámenes Médicos y estudios de laboratorio solicitados por La Compañía.
- f) Cualquier otro documento que hubiere sido materia para la celebración del mismo.

ENDOSO: Documento que modifica y/o adiciona las condiciones del Contrato y forma parte de éste.

ENFERMEDAD: Alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES: Enfermedades que con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado, hayan sido diagnosticadas por un Médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran enfermedades preexistentes aquellas:

- a) Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya

elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

CRITERIO DE PREEXISTENCIA: El criterio para determinar que una enfermedad es preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se haya practicado el Asegurado.

PERITO MÉDICO: Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y que se encuentre certificado por el Colegio Médico Hondureño. Este médico será ajeno a las partes en caso de controversia y no sea familiar del Asegurado.

EXCLUSIONES: Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la Póliza, y que se encuentre expresamente indicada en el contrato.

LUGAR DE RESIDENCIA: Ciudad o población del domicilio declarado en la solicitud por el Asegurado, y donde vive permanentemente el Asegurado.

MÉDICO: Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de Médico, designada para proporcionar atención médica al Asegurado, teniéndolo bajo su cargo y atención directa.

El Médico no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

MÉDICO ESPECIALISTA: Médico que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalada por el colegio de la especialidad.

PERIODO AL DESCUBIERTO: Es aquel intervalo de tiempo durante el cual se cancela este Contrato. Se genera por la falta de pago de Primas o por no haber realizado la Renovación de la póliza.

PERIODO DE ESPERA: Es el tiempo que debe transcurrir de manera ininterrumpida entre la fecha de alta del Asegurado y la fecha en que se cubrirá el diagnóstico de una enfermedad grave cubierta por esta póliza.

LA COMPAÑÍA: Es la aseguradora y constituye la persona jurídica que se obliga frente al Asegurado, al recibir una prima por concepto de pago, a indemnizarle según lo pactado al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. Toda mención en adelante de La Compañía de Seguros S.A. de C.V. o La Compañía de Seguros o La Compañía, se referirá a la misma persona jurídica antes señalada.

PRIMA: Es la contraprestación monetaria prevista en el Contrato de Seguros a Cargo del Contratante y a favor de La Compañía.

RECLAMACIÓN: Es el trámite que realiza el Asegurado ante La Compañía, para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia del diagnóstico de una enfermedad grave cubierta. La Compañía define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.

RENOVACIÓN: Emisión consecutiva de la póliza por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

RESIDENCIA: Para efectos de este Contrato solamente estarán cubiertos por la póliza al Asegurado que viva permanentemente en Honduras.

SINIESTRO: Es la ocurrencia del riesgo que se genera con el diagnóstico una enfermedad grave cubierta bajo este Contrato, presentado por el Asegurado a La Compañía para la indemnización del mismo en caso de estar cubierto por esta Póliza.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad que pagará La Compañía al Asegurado por habersele diagnosticado una enfermedad grave cubierta en la póliza, siempre y cuando ocurra durante la vigencia de la misma.

SECCION 4: LIMITACIÓN DE COBERTURA

- Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Compañía, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.
- Si la Enfermedad Grave o Trasplante de Órganos ocurre dentro del Plazo de Espera transcurrido a partir de la fecha de inicio de vigencia, la Compañía no efectuará ninguna indemnización, y su obligación se limitará a reembolsar al Asegurado la prima pagada.
- La Suma Asegurada se paga una sola vez durante la vigencia de la póliza.

SECCION 5: PERIODO DE ESPERA

Es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del inicio de vigencia de la póliza, para que las coberturas contratadas puedan ser reclamadas. Se establece un periodo de espera de seis (6) meses. Este periodo no tendrá efecto cuando la póliza se renueve ininterrumpidamente.

SECCION 6: CLÁUSULAS GENERALES

CLÁUSULA 1. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

El Contratante y el Asegurado están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta, efectuada con dolo o culpa grave, de tales hechos, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.

Si el Contratante y/o 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 La Compañía dentro de los tres (3) 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 La Compañía 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.

CLÁUSULA 2. PRIMAS.

La Prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de la póliza de acuerdo con su edad, género, ocupación, actividad y coberturas contratadas de cada uno de ellos.

La Prima de la póliza vence en el momento de la celebración del Contrato y salvo pacto en contrario se entenderá que el periodo de seguro es de 12 meses.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada, ocupación y género de cada Asegurado aplicando las tarifas en vigor a esa fecha.

Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, gastos de expedición de póliza y tasa de financiamiento.

El Contratante se obliga a pagar a La Compañía la prima, más recargos por pago fraccionado, gastos de expedición de póliza que se indican en la carátula de la póliza. La unidad de la prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante y/o Asegurado la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración no inferiores a un mes, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine La Compañía.

La "Forma de Pago" estipulada para el periodo de seguro, es la señalada en la carátula de la póliza. La prima vencerá en la fecha de inicio del periodo de seguro contratado. En caso de pago fraccionado, cada

fracción de prima vencerá al comienzo del periodo que comprenda; en caso contrario los efectos del contrato de seguro cesarán.

Cuando la póliza cese en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la misma dentro de los quince días naturales siguientes al vencimiento del periodo de gracia y en su caso, La Compañía la podrá rehabilitar respetando la vigencia originalmente pactada, de conformidad con sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes, y sujeto a que el Asegurado no haya sufrido un accidente dentro del término mencionado.

La póliza se considerará rehabilitada a partir de la fecha en que La Compañía lo autorice, debiendo notificarlo por escrito al contratante.

La Compañía, en ningún caso responderá por enfermedades o accidentes ocurridos durante el periodo comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la póliza y la fecha en que La Compañía emitió la respectiva autorización.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o no la rehabilitación de la póliza.

CLÁUSULA 3. FORMA DE PAGO.

El Contratante puede optar por pagar la Prima de forma anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del Contrato.

CLÁUSULA 4. LUGAR DE PAGO.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en cualquiera de las oficinas de La Compañía, contra entrega de la factura correspondiente. Para ser reconocido por La Compañía, la factura deberá quedar debidamente firmada y sellada por el personal autorizado.

CLÁUSULA 5. SUMA ASEGURADA.

La responsabilidad máxima cubierta por esta póliza para el Asegurado por año póliza con base en la cobertura contratada y siempre y cuando el diagnóstico por primera vez de la enfermedad grave ocurra durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA 6. VIGENCIA

Este Contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza. El inicio de vigencia será a partir de las 12:00 horas del primer día del período de seguro contratado y la terminación de vigencia será a las 12:00 horas del último día del período de seguro contratado, o antes en los casos de terminación o rescisión previstos en esta póliza.

CLÁUSULA 7. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía.

Salvo disposición contraria en el Código de Comercio, o de la ley orgánica respectiva, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso. La falta de éste permitirá disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente; si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del siniestro, La Compañía quedará liberada de sus obligaciones como tal.

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.

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior.

CLÁUSULA 8. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

Si el Asegurado cambia de ocupación, inicia la práctica de algún deporte o inicia la exposición a un riesgo modificando las condiciones de su Contrato inicial, deberá avisar por escrito a La Compañía, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se exponga.

Si el Asegurado no avisa por escrito a La Compañía sobre los cambios mencionados anteriormente y si dicha agravación influye en el Siniestro, La Compañía no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por

Reclamación que se derive del nuevo riesgo; sin embargo el contrato subsistirá si se prueba que la Compañía las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones. El Asegurado pagará a la Compañía las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

CLÁUSULA 9. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

Tan pronto La Compañía disponga de la información completa relacionada y solicitada de una Reclamación, procederá al pago de la indemnización cubierta de acuerdo con las Condiciones Generales, cláusulas y Endosos que conforman este Contrato y en moneda nacional, mediante la emisión de cheque o transferencia bancaria electrónica a favor del Asegurado o de sus Beneficiarios o un representante legal, según sea el caso, entregándole La Compañía el finiquito correspondiente el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

Por otra parte, si posterior al pago de una Reclamación La Compañía llegara a comprobar que la misma era improcedente, de acuerdo con las Condiciones Generales y particulares de este contrato, cláusulas y sus endosos, La Compañía podrá solicitar del Asegurado o de la persona que solicitó tal Reclamación, el reintegro total o parcial de dicho pago mediante la vía legal.

CLÁUSULA 10. DEDUCCIONES.

Cualquier Prima no pagada será deducida de cualquier indemnización.

CLÁUSULA 11. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

El Contratante podrá dar por terminado el presente Contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a La Compañía, dentro de los 15 días previos a la fecha en que cesará el Contrato. Dado el caso, el contratante, tendrá derecho a recuperar la prima pagada no devengada, sin incluir gastos y derechos de póliza. En caso de existir algún siniestro ocurrido durante la vigencia de la póliza no habrá devolución de primas al contratante.

Este seguro terminará para el Asegurado, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Solicitud de cancelación por parte del CONTRATANTE.
- b) Modificación del riesgo u ocupación de forma que no sea aceptable para la COMPAÑÍA o las nuevas condiciones no sean aceptadas por el CONTRATANTE.
- c) Por decisión del Asegurado mediante solicitud al Contratante.

- d) Por falta de pago o cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago, este contrato de seguro no podrá ser rehabilitado.
- e) Cuando el Asegurado o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios Médicos, en colusión con el Asegurado, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato, cláusulas y sus anexos.

CLÁUSULA 12. RENOVACIONES.

El Contratante tendrá derecho a renovar ésta póliza, siempre y cuando lo solicite por escrito a La Compañía dentro de los 20 días anteriores a la fecha de término de vigencia.

Salvo pacto expreso en contrario, éste derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

La Compañía aplicará las condiciones de cobertura vigente, asimismo el incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable.

CLÁUSULA 13. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán 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 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 14. CONTROVERSIAS.

Cualquier controversia o conflicto entre La Compañía y El Contratante o Asegurado 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 o arbitraje salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA 15. COMUNICACIONES.

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a La Compañía en el domicilio de la misma indicado en la carátula de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Contratante.

Los comunicados que La Compañía deba hacer al Asegurado o al Contratante los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento, y para tener validez deberán tener el acuse correspondiente.

CLÁUSULA 16. TERRITORIALIDAD.

Para efectos de este Contrato, sólo estará protegido bajo esta póliza el Asegurado que radique habitualmente dentro de Honduras.

CLÁUSULA 17. EDAD.

Límites de aceptación: La edad máxima de aceptación es de 64 años, con Cancelación a los 65 años siempre que cumpla con los requisitos de asegurabilidad y tenga cobertura continua e ininterrumpida con La Compañía.

Si la edad del asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad se pague una prima menor que 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.
- II. 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 repetir lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar 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. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- IV. 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.

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

CLÁUSULA 18. PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LA PRIMA.

Lapso de diez (10) días naturales contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o la fecha de Renovación o primer factura para el pago de la Prima, que tiene el Contratante para liquidar el total o la primera parcialidad pactada en la póliza. Cuando el pago de la póliza se realiza de manera fraccionada, las facturas subsecuentes a la primera no contarán con dicho periodo.

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del lapso mencionado si el Contratante no ha cubierto el total de la Prima o de la parcialidad pactada.

CLÁUSULA 19. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Toda modificación que haya de hacerse al presente Contrato por La Compañía se efectuará mediante la emisión del correspondiente Endoso debidamente suscrito por las partes. Solamente los funcionarios autorizados por La Compañía tendrán facultad para extender anexos en el presente Contrato. Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante del Contrato, los anexos a que se hace referencia en el mismo deben ser emitidos por la oficina de La Compañía en formularios impresos debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados y previamente registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. El Contratante debe pagar la correspondiente Prima, si fuere el caso.

CLÁUSULA 20. REPOSICIÓN

En caso de destrucción, robo ó extravío de esta Póliza, la misma será repuesta por La Compañía, previa solicitud escrita del Contratante o del Asegurado.

