

## CONDICIONES ESPECIALES

Que se agrega y forma parte de la póliza No. 12243 de los Ramo de SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

EMITIDA A NOMBRE DE: MINISTERIO PÚBLICO DE LA REPUBLICA

**VIGENCIA: 31/12/2017 AL 31/12/2018 (12:00 Meridiano)**

Queda entendido y convenido que los términos y condiciones descritos a continuación forman parte integral de la póliza.

### A. SEGURO COLECTIVO DE VIDA:

#### 1. Elegibilidad:

- Edad Mínima de Ingreso 18 años.
- Edad Maxima de Ingreso 65 años.
- Edad Maxima de Permanencia 80 años.

#### 2. Riesgos Cubiertos :

##### 2.1 Muerte Natural

El seguro de vida, deberá cubrir 30 veces el sueldo del empleado, con un mínimo de L. 291,555.90 y un máximo de L.1,250,000.00.

##### 2.2 Homicidio o Asesinato

Homicidio simple y asesinato; la indemnización al empleados con un sueldo menor de L. 33,000.00 la que corresponde a 30 veces el salario hasta un máximo de L.1,000,000.00, el empleado con un sueldo mayor a L. 33,000.00 será hasta un máximo de L. 1,250,000.00.

##### 2.3 Doble Indemnización en caso de Muerte Accidental

La Compañía pagará una suma asegurada adicional igual a la suma asegurada básica.

##### 2.4 Triple Indemnización por Muerte Accidental Calificada:

Se considera accidente calificado:

- Mientras el Asegurado se encuentra dentro de un elevador de pasajeros que no sea el de una mina.
- Mientras el asegurado se encuentre dentro de un edificio público, en el que el mismo se incendie.
- Mientras el asegurado se encuentra viajando como pasajero en un vehículo de transporte público terrestre, no aéreo, propulsado mecánicamente; con ruta, tarifa e itinerario fijo establecido.

**2.5 Desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental.**

Renta mensual en caso de invalidez total y permanente a causa de accidente o enfermedad, hasta agotar los valores establecidos en el contrato en un periodo de dos (2) años. Entendiéndose como incapacidad, aquella que inhabilite al empleado para el desenvolvimiento de su trabajo habitual.

**2.6 Gastos fúnebres**

Cobertura adicional de L.50,000.00, mismos que deberán ser pagados dentro de los cinco días subsiguientes después de notificada la muerte del asegurado.

En caso que el asegurado se encuentre con incapacidad extendida por el IHSS al momento de la suscripción de la póliza y falleciere durante la vigencia de la misma, la aseguradora tiene la obligación de pagar el monto del seguro de vida a sus beneficiarios.

La aseguradora deberá aceptar y respetar el porcentaje que indique el IHSS en concepto de invalidez.

**2.7 Indemnización por Repatriación:**

Al fallecimiento de un Asegurado fuera de la República de Honduras, por razones de su ocupación o no, se cubrirá a la cobertura de vida y gastos fúnebres un 20% de la suma asegurada con un máximo de L. 100,000.00

**2.8 Adelanto de capital por Enfermedad Terminal**

El 35% de la suma asegurada de vida se pagara anticipadamente al empleado o representante legal al diagnosticársele una enfermedad Terminal, según detalle, con una razonable seguridad de fallecimiento. En los siguiente (06) meses y comprobado por una segunda opinión y confirmada, siempre que el asegurado haya estado cubierto bajo la póliza un mínimo de (10) meses.

**Enfermedades Terminales:**

Insuficiencia Renal

- Insuficiencia Renal.
- Infarto Miocardio
- Derrame o Hemorragia Cerebral (accidente Cerebro-Vascular)
- Cirugía Arterio-Coronaria
- Cáncer
- Sida; y

Cualquier otra enfermedad Terminal que haya diagnosticado el médico y certificado el medico designado por la Compañía de Seguros.



### 3. Generalidades

- 3.1. El suicidio estará cubierto desde el 1er día de inscrito el asegurado en la póliza.
- 3.2. La cobertura se otorga las 24 horas del día.
- 3.3. Queda excluida la cobertura de doble y triple indemnización por accidente a causa del consumo de drogas, alcohol, veneno y gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalado voluntariamente. Para efectos de esta póliza se considera que se encuentran bajo la influencia de bebidas alcohólicas; Cuando el contenido alcohólico en la sangre supera el 0.05% o 50 mg/100 ml.
- 3.4. Un accidente: Es la acción repentina, violenta y fortuita de un agente externo que actúa independientemente de la voluntad del asegurado, que causen a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.
- 3.5. El pago del Beneficio de incapacidad total y permanente da por terminado (extingue) automáticamente los riesgos cubiertos y cualquier beneficios adicional de esta póliza. De fallecer el asegurado antes de haber percibido la totalidad de las 24 cuotas, el saldo será pagado a los beneficiarios designados en la solicitud de seguro (consentimiento) y se indemnizara a éstos, en un pago único, una vez que la Compañía haya recibido la documentación correspondiente.
- 3.6. Podrán incluirse asegurados en cualquier tiempo, mediante solicitud escrita del contratante, las primas se cobrarán tomando en cuenta la fecha de ingreso del asegurado y la vigencia de la póliza.
- 3.7. Se establece un periodo máximo de 12 meses para errores u omisiones en la notificación de inclusiones o Exclusiones y actualización del censo de los Asegurados.

## B. GASTOS MEDICO-HOSPITALARIOS

### 1. Límites de Edad

#### 1.1 Asegurado Titular y cónyuge:

- Edad Mínima de Ingreso 18 años.
- Edad Maxima de Ingreso 65 años.
- Edad Maxima de Permanencia 80 años.

La Compañía no asumirá ningún riesgo una vez que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza y procederá a cancelar la cobertura del asegurado de forma automática.

**1.2 Hijos:** Edad mínima de ingreso, a partir del primer día de nacido hasta por el máximo vitalicio; La inclusión del recién nacido debe ser reportada dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento. La cobertura de los hijos dependientes se otorga hasta la edad de 21 años; siempre y cuando:

- a. Dependencia económica de los padres.
- b. Estudie a tiempo completo en un centro educativo reconocido.
- c. No esté habilitado o emancipado legalmente.
- d. Sin Progenie. (Conjunto de hijos o descendientes de una persona).



El asegurado titular deberá presentar constancia de estudio a tiempo completo y de dependencia económica de los hijos dependientes, a partir del cumplimiento de los diez y nueve (19) años de edad, estos documentos deberán adjuntarse en la primera reclamación presentada dentro de la vigencia de la póliza o a solicitud de la Compañía cuando lo considere necesario; la constancia tendrá validez durante la vigencia de la póliza.

**1.3** La cobertura de un asegurado principal y/o asegurados dependientes cesará a las doce (12) horas meridiano del día en que cumpla la edad máxima de permanencia.

**1.4** Esta póliza brinda cobertura únicamente a personas residentes en la República de Honduras, no brindara cobertura a personas que permanezcan fuera de la República de Honduras por un periodo mayor a seis meses, por cualquier motivo.

**1.5** Grupo Asegurado: Mínimo requerido; 26 empleados; si durante la vigencia de la póliza la empresa contratante no cumple con el número mínimo requerido de empleados, se procederá con la cancelación de la póliza previa notificación con 30 días de anticipación.

Los empleados activos y el contratante de la póliza a la fecha de la cancelación, podrán optar a suscribir una póliza de salud y vida individual o una póliza Pyme, de acuerdo a las condiciones, beneficio y tarifas que establezca la Compañía. Podrán optar a la continuidad de cobertura siempre que la solicitud se realice dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la cancelación de la póliza (Continuidad sujeta al análisis de la Compañía).

### 2. Tarifas:

-Vida: Tasa de 4% anual al millar.

-Gastos Médicos:

- Empleado Solo : L 553.00 Mensual
- Dependientes:

ESCALAS	Mensual
2 Dependientes	L. 830.00
3 a 4 Dependientes	L. 913.00
5 Dependientes en adelante	L. 1,186.00

### 3. Forma de pago: Trimestral.



### 4. Cuadro de Beneficios y Coberturas

Los beneficios y coberturas descritas a continuación están sujetos; al Deducible, Coaseguros, Copagos, limitaciones, exclusiones y a las Condiciones Generales de la póliza:

BENEFICIOS	Categoría 1
Cobertura Geográfica	Mundial
Máximo Vitalicio	L. 600,000.00
Cuarto y Alimentación	L. 1,200.00
Gastos por VIH/SIDA	100% del Máximo Vitalicio
Deducible Único	L 1,000.00
Porcentaje de reembolso	80%
Coaseguro a cargo del asegurado	20%
Porcentaje de Reembolso en la Red de Farmacias	80%
Coaseguro a cargo del asegurado	20% (De los gastos elegibles) No aplica Deducible.
Límites de Consulta En CA, Panamá y Belice	
Medico General	L. 800
Medico Especialistas	L. 1,200.00
Honorarios Médicos por hospitalización emergencia y procedimientos quirúrgicos	Según Tabla de Referencia de Honorarios Médicos REDHSA
Límites de Consulta fuera de CA, Panamá y Belice	
Medico General	\$ 250.00
Medico Especialistas	\$ 350.00
Cobertura de Maternidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>La maternidad estará cubrirse como cualquier enfermedad.</li> <li>Se cubren los gastos ocasionados por el control de embarazo.</li> <li>Estará cubiertos Afecciones propias del embarazo, abortos terapéuticos y espontáneos, partos prematuros, normales y por cesárea, legrados y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.</li> <li>este servicio se otorgara independientemente de que el personal femenino goce de la cobertura del IHSS.</li> </ul>
Sala Cuna	
Honorarios del pediatra por la Atención del parto normal o Cesárea.	L. 6,000.00 (Sala cuna L 1,500.00, Honorarios del Pediatra L4,500.00)
Ambulancia Terrestre en Honduras.	L 3,500.00
Ambulancia Aérea para traslados de Honduras a Centro América.	\$ 5,000.00

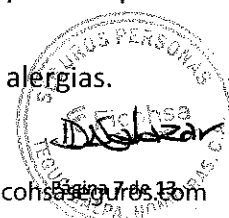


### 5. Otros Beneficios:

- 5.1 Cirugías plásticas y reconstructivas: cubiertas únicamente por emergencias, hospitalización o procedimientos quirúrgicos por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que el tratamiento se realice durante los seis meses siguientes a la fecha de ocurrido el accidente. (Incluye prótesis y cirugías maxilares)
- 5.2 Trasplante de órganos hasta el máximo vitalicio disponible del asegurado, incluye: gastos pre y post operatorio, transporte de órgano a trasplantar y gastos médicos del donante vivo al momento del trasplante; no están cubiertas las complicaciones o el deterioro de la salud del donante.
- 5.3 Terapias físicas y de rehabilitación, estarán cubiertas de la siguiente forma; las primeras 10 fisioterapias podrán ser remitidas por un médico ortopeda o médico especialista en medicina física. A partir de la onceava (11) fisioterapia se reconocerán únicamente las remitidas por un médico especialista en medicina física y de rehabilitación, legalmente autorizado.
- 5.4 Tratamiento de alergias crónicas.
- 5.5 Vitaminas que tengan un efecto terapéutico sobre una enfermedad o tratamiento post operatorio cubierta, prescrita por un médico tratante y comprobada la enfermedad.
- 5.6 Gastos dentales por asegurado con límite anual de L.10,000.00 y un máximo de L. 10,000.00 por núcleo familiar; considerándose tratamiento dental:
- a) Cirugía Maxilobucal
  - b) Profilaxis
  - c) Rayos X
  - d) Tratamiento de Emergencia
  - e) Extracciones
  - f) Tapaduras
  - g) Endodoncia
  - h) Limpieza general
  - i) Tratamiento preventivos y correctivos
  - j) Enfermedad de la Encía Máximo Facial
  - k) Tratamientos ortopédicos como: Guardas Coaxiales por bruxismo
  - l) Fracturas dentales por accidentes o bruxismo
  - m) En lo referente a dicho contrato se excluye todo tratamiento con fines puramente estéticos.

Este beneficio aplica a nuevos empleado inmediatamente de su inscripción.

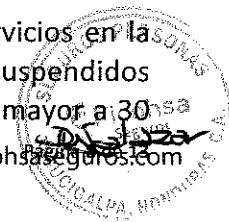
- 5.7 Prótesis, el uso de aparatos correctivos, en caso de accidente laboral.
- 5.8 Exámenes de la vista, incluye anteojos hasta un máximo de L.5,000.00 para el titular y de L. 5,000.00 para el núcleo familiar; en la clínica u óptica de preferencia del empleado. Este beneficio deberá cubrir al nuevo empleado inmediatamente de su inscripción.
- 5.9 Toda enfermedad de la vista como cualquier enfermedad, incluyendo operación.
- 5.10 Tratamientos por cualquier enfermedad o daño accidental, resultante de la participación en conmociones civiles, conspiraciones, motines, disturbios públicos, siempre que sea para el cumplimiento de su trabajo y el asegurado no participe en actos fuera de la ley y el orden público.
- 5.11 Servicios o suministros médicos para el tratamiento de problemas de mandíbula, el síndrome de la coyuntura temporo mandibular (TMJ), desórdenes cráneo mandibulares u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros tejidos relacionados con dicha coyuntura.
- 5.12 Consultas psicológicas y psiquiátricas, medicamentos y tratamiento relacionados por el Stress Laboral (Alopecia).
- 5.13 Desórdenes nerviosos, incluyendo los causados por la naturaleza de su trabajo.
- 5.14 Tratamiento de los pies, exceptuando deformaciones congénitas.
- 5.15 Todo tratamiento por enfermedades de la vista.
- 5.16 No se podrá limitar por no pre-certificar con anticipación exámenes especiales o tratamientos especiales. Por lo tanto deberá pagarse de acuerdo con el coaseguro pactado normalmente.
- 5.17 La compañía Aseguradora, deberá enviar como mínimo, TRES reportes al año, con respecto a la SINIESTRALIDAD durante el periodo, los cuales deberán entregarse a simple petición del Ministerio Publico o su representante de Seguros.
- 5.18 La revisión del Medico filtro será antes y después de realizado el tratamiento para las coberturas de oftalmología y Dental, excluyendo de este requisito a: Fiscal General, Fiscal General Adjunto, Asesores, Directores, Jefes de Departamento y otros que determine el Ministerio Publico, luego de la adjudicación.
- 5.19 GASTOS POR EXAMENES GENERALES Y SUS RECETAS: Cuando sean recomendados por un Médico autorizado para ejercer la medicina.
- 5.20 PICADURAS Y MORDEDURAS DE ANIMALES E INSECTOS, BACTERIAS O VIRUS: La compañía Aseguradora deberá cubrir todos los gastos médicos en que incurra el Asegurado por concepto de la cobertura antes solicitada. (Consultas médicas, Medicinas, Operaciones y tratamiento post-operatorio).
- 5.21 Control y enfermedades ginecológicas: Se deberá cubrir todos los gastos al igual que cualquier otro tratamiento.
- 5.22 Gastos por todo tipo de problemas dermatológicos y/o alérgicos, incluyendo Acné y alergias.



- 5.23 Cualquier gasto por medicamentos o exámenes en Instituciones Estatales cuando los mismos no puedan ser suministrados por carecer de ellos.
- 5.24 Gastos dentales ocasionados por accidentes.
- 5.25 Incluir el servicio de clínica para primeros auxilios mínimo en las tres principales ciudades, Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba.
- 5.26 Control de Niño sano y crecimiento, todas las vacunas y vitaminas, hasta el cumplimiento de los (7) años de edad. (Núcleo Familiar).
- 5.27 Síndrome de Ovario Poli quístico.
- 5.28 Extracción de terceras molares impactadas.
- 5.29 Gastos por sida: Deberá considerarse como cualquier enfermedad.
- 5.30 Gastos por cualquier tipo de cáncer.
- 5.31 Red de hospitales privados: Deberán considerarse todas las oficinas regionales con que cuenta el Ministerio Público a nivel nacional..
- 5.32 Los Reembolsos de gastos médicos por tratamientos pagados en forma directa por el asegurado, se deberán cancelarse dentro de los diez días hábiles siguientes a la presentación.
- 5.33 La aseguradora deberá fundamentar, puntualmente cualquier rechazo de gastos médicos que considere "No razonables".

### 6. Generalidades

- 6.1 La Compañía reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos elegibles por enfermedad y lesiones accidentales incurridos por el asegurado titular y asegurados dependientes, siempre que sean necesarios para el restablecimiento de la salud y no excedan de los gastos usuales, razonables y acostumbrados.
- 6.2 El periodo máximo para la presentación de reclamos es de 6 meses contados a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente y no tenga primas pendientes de pago.
- 6.3 Una vez cancelada la póliza y/o por la baja de un asegurado en la póliza por cualquier causa, el periodo máximo para la presentación de reclamos elegibles es de 30 días contados a partir de la fecha de dicha cancelación de la póliza y/o baja del asegurado siempre y cuando :
- 6.4 Los gastos hayan sido incurridos en la vigencia de la póliza y previo a la cancelación de la misma.
- 6.5 No excedan los 6 meses indicados en el inciso 6.2
- 6.6 Las primas hayan sido pagadas en su totalidad.
- 6.7 La Red de proveedores Medico-Hospitalario se otorga de acuerdo a las condiciones descritas en el anexo 1 el cual forma parte integral de la póliza.
- 6.8 Toda solicitud de modificación deberá ser solicitada a la Compañía por escrito y deberá quedar constancia de la recepción de este documento.
- 6.9 En consecuencia, los agentes, intermediarios o cualquier otra persona no autorizada, carecen de facultades para solicitar modificaciones o concesiones a la póliza.
- 6.10 La atención de pago de reclamos, pre-certificaciones y autorizaciones médicas, servicios en la red de proveedores y cualquier otro servicio cubierto por esta póliza quedaran suspendidos automáticamente cuando la póliza presente primas pendientes de pago con una mora mayor a 30 días.





días:

- 6.11** Se establece un periodo máximo de 12 meses para errores u omisiones en la notificación de inclusiones o Exclusiones y actualización del censo de los Asegurados.
- 6.12** El periodo de espera: No habrá periodo de espera ya que el seguro entra en vigencia a partir del primer día para los empleados reportados en el listado de la licitación, igualmente para nuevos empleados el amparo a la póliza de seguro será automática a partir del día de inscripción.
- 6.13** Periodo de pre-existencia para los asegurados que inician con la emisión de la póliza: Se deberá cubrir toda enfermedad, inmediata e independientemente de cuál sea su origen, desde el primer día de vigencia de la póliza, incluyendo enfermedades que pudieran darse de origen congénito, tanto para el Asegurado Titular como para sus dependientes, sea que tenga o no conocimiento de ella.

## **7. Pre- Certificación Médica.**

**7.1** Es requisito indispensable y obligatorio la Pre-Certificación para el manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico, programado o electivo, maternidad y los exámenes especiales indicados por un médico colegiado dentro del alcance de su licencia y especialidad, con un costo mayor o igual a L 6,000.00; la Pre-Certificación deberá ser solicitada por el asegurado a la Compañía cinco (5) días hábiles antes del tratamiento, procedimiento o fecha de alumbramiento, mediante el formulario designado para tal fin, completamente lleno adjuntando historia clínica, exámenes y/o estudios realizados y cualquier otra información requerida por la Compañía.

Los estudios de laboratorio y realización de Fisioterapia hasta (10 sesiones) no requieren pre-certificación médica; los servicios antes descritos serán sujetos a pre-certificación médica en los casos siguientes:

- a. A partir de la onceava sesión de Fisioterapia.
- b. Servicios de laboratorio y Fisioterapias a realizarse fuera del territorio nacional ( No aplica para los asegurados residentes en los países del resto de Centro América)

**7.2** Para todo manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico programable o electivo la Compañía podrá solicitar en casos necesarios y sin costo para el asegurado una segunda evaluación médica, requisito para la aprobación de la pre-certificación, teniendo derecho el asegurado o la Compañía a solicitar hasta una tercera opinión con fines de reconfirmación del procedimiento sugerido por el médico tratante.

**7.3** Si después de la tercera opinión médica la Pre-certificación es denegada y el asegurado se somete a dicho procedimiento, la Compañía se reserva el derecho de incrementar el coaseguro hasta en un 15% adicional al coaseguro establecido en esta póliza aplicable a gastos elegibles incurridos dentro o fuera Honduras, este porcentaje es adicional al coaseguro establecido en estas condiciones especiales para ambas coberturas.

7.4 En procedimientos quirúrgicos programables o electivos en los cuales se cambie el diagnóstico inicial o se agregue otro diagnóstico a la historia clínica, es requisito gestionar una nueva pre-certificación. En los casos en que la Compañía lo considere necesario podrá confirmar dicho diagnóstico mediante la investigación médica.

7.5 Si el asegurado permaneciera hospitalizado más días de los autorizados en la pre-certificación es requisito solicitar una nueva autorización, de lo contrario la Compañía no reconocerá los gastos incurridos en esos días.

7.6 Las admisiones de emergencia deben ser notificadas a la Compañía dentro de las primeras veinticuatro (24) horas o el día hábil siguiente a la admisión.

### 8. Pre- Certificación De Medicamentos:

8.1 El suministro de medicamentos que deben ser obligatoriamente pre-autorizados por medio de la Red de Farmacias es la siguiente:

- a. Todo medicamento de uso continuo y permanente.
- b. Todo medicamento indicado para tratamiento mayor a 30 días.
- c. Compra de medicamentos (s) con un monto igual o superior a L 6,000.00 por asegurado, indistintamente si la compra se realizó en una o varias farmacias de la Red, por uno o varios diagnósticos acumulados en un periodo de 30 días, la siguiente compra requerirá pre-autorización.

8.2 Toda compra de medicamentos que no cumpla con los criterios mencionados en el inciso anterior, podrá ser suministrado sin previa autorización de la Compañía de seguros siempre y cuando se cumpla con los requisitos establecidos para el uso de la Red de Farmacias (Ver anexo I).

8.3 La pre-autorización por concepto de medicamentos de uso continuo y permanente se brindará hasta para un periodo de seis (6) meses de tratamiento, suministrando al asegurado hasta dos meses de tratamiento por cada evento o compra.

8.4 En caso de haber cambios en el tratamiento indicado en la pre-autorización una vez iniciado el suministro, el asegurado deberá solicitar una nueva pre-autorización, la anterior será anulada quedando sin validez.



## 9. Exclusiones y Limitaciones:

Esta póliza no brindara cobertura o reconocerá gastos por ninguna de las siguientes condiciones:

9.1 Reemplazo o ajuste de aparatos auditivos.

9.2 Tratamientos o intervención quirúrgica para la transformación sexual y trastornos sexuales.

9.3 Tratamientos o intervención quirúrgica para la infertilidad y la fecundación in-vitro.

9.4 Hormonas para el tratamiento del climaterio y/o menopausia y anticoncepción.

9.5 Tratamientos para la obesidad o pérdida de peso y todo trastorno alimenticio, tratamientos con nutricionistas, la anorexia y bulimia.

9.6 Los servicios o tratamientos suministrados por médicos familiares del individuo asegurado, dentro del primer y segundo grado de consanguinidad y afinidad. Aquellos cargos por gastos incurridos dentro de un establecimiento que sea propiedad del individuo asegurado o de un familiar dentro del primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad.

9.7 Gastos por la atención o tratamientos de lesiones a consecuencia de accidentes, sufridos por un asegurado por encontrarse en estado de embriaguez.

9.8 Queda excluida la cobertura por gastos médicos y tratamientos que se originen por el consumo de drogas, alcohol, veneno y gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalado voluntariamente y todo acontecimiento que se derive de estar bajo la influencia del alcohol y drogas. Para efectos de esta póliza se considera que se encuentran bajo la influencia de bebidas alcohólicas; Cuando el contenido alcohólico en la sangre supera el 0.05% o 50 mg/100 ml.

9.9 Para nuevos ingresos, enfermedades preexistentes graves y condiciones de salud no declaradas en la solicitud de Inscripción del seguro.

9.10 Quedan excluidos los tratamientos y medicamentos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, gigantomastía y cualquiera de las consecuencias y complicaciones de esta.

## 10. Prorroga a Prorrata Temporis de cambio de lugar:

Cuando las circunstancias lo aconsejen, el Ministerio Público podrá prorrogar la póliza de seguros vigente hasta contemplar tres (3) con pago a prorrata temporis y la Compañía Aseguradora estará obligada a aceptarlo, igualmente deberán ser calculados los deducibles del asegurado directo y sus dependientes si fuere el caso, según categoría, será condición para que esta situación se materialice, que el Ministerio Publico haga la solicitud a la compañía aseguradora indicada, por lo menos con (48) horas antes del vencimiento de la póliza sustentado en la Ley de Presupuesto.

La Compañía Aseguradora visitara al contratante los días martes y jueves de cada semana para resolver los diferentes reclamos que surjan, la vigencia de la póliza, así como para la entrega de cheque de indemnización, cheques de gastos médicos o detalle de transferencias bancarias si fuere el caso, como la liquidación de los gastos médicos y recoger la documentación de reclamos que se presenten semanalmente, nombrando a un empleado de la Compañía Aseguradora como Enlace.



Aplican los demás términos y condiciones establecidos en el condicionado general de la póliza; no obstante las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Generales.

**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 después de haber comunicado su resolución al asegurado.

**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 Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato."

**SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS** Cualquier controversia o conflicto entre las partes que surja relacionado directamente o indirectamente con este Contrato ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo se resolverá mediante la promoción de la acción que corresponda a interponerse ante la jurisdicción y competencia del Juzgado de Letras Civil del departamento de Francisco Morazán.

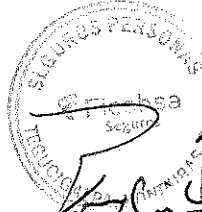
De conformidad con el artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no 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.

Tegucigalpa, M.D.C. 31 Diciembre de 2017

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA



FIRMA DEL CONTRATANTE