

Condiciones Generales

1. EL CONTRATO: La caratula de la póliza, las condiciones generales, anexos y endosos que se adhieran a la póliza constituyen el contrato de seguro entre el asegurado y la compañía de seguros.

2. PAGO DE PRIMAS: Las primas se causan y vencen al momento de otorgar la cobertura.

3. VIGENCIA: La vigencia de la cobertura será a partir de la fecha en que se otorga la tarjeta de crédito y con renovación anual automática hasta el vencimiento y/o cancelación definitiva de la misma.

4. LÍMITES DE EDAD:

- Edad mínima de ingreso a los 21 años.
- Edad máxima de ingreso antes del cumplimiento de los 70 años de edad.
- Edad Máxima de Permanencia hasta el cumplimiento de los 80 años de edad.

5. COBERTURAS:

5.1 Muerte por Cualquier Causa: En caso de muerte por cualquier causa o muerte accidental de un asegurado, la compañía pagará al contratante de la póliza, el saldo de la deuda incluyendo Capital, intereses normales, capitalizables o moratorios; siempre y cuando existan saldos pendientes al momento de ocurrido el fallecimiento.

El pago de la indemnización por muerte será realizado por la Compañía, una vez documentado el reclamo de acuerdo a los requisitos establecidos en la póliza, y confirmada la cobertura.

5.2 Incapacidad Total y Permanente: En casos de incapacidad total y permanente a consecuencia de un accidente o enfermedad que lo inhabilite para efectuar su trabajo u otro por el cual pudiera recibir alguna remuneración, la Compañía pagará al contratante de la póliza, el saldo de la deuda si existiera en la fecha en que sea declarada la incapacidad.

El pago de la indemnización por incapacidad total y permanente será realizado por la Compañía, una vez documentado el reclamo de acuerdo a los requisitos establecidos en la póliza, y confirmada la coberturas, después de haber transcurrido por lo menos 6 meses consecutivos desde la fecha en que ha sido declarada la Incapacidad Total y Permanente por el IHSS, o a través de la evaluación médica realizada por la compañía de seguros previa presentación de la certificación médica llenada y sellada por el médico tratante y los estudios complementarios que respalden el padecimiento por el cual es dictaminada la incapacidad (en caso que el asegurado no esté afiliado al Instituto Hondureño de Seguridad Social) siempre y cuando la condiciones de incapacidad total y permanente persista.

Una vez que la Compañía hubiere efectuado el pago del seguro por incapacidad total y permanente, el asegurado será excluido de la póliza y no será elegible nuevamente en la misma.

El beneficio de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente se otorga hasta el cumplimiento de los 80 años de edad.

5.3 Suicidio: cubierto desde el primer día del ingreso del asegurado a la póliza.

6. CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

- Por muerte del asegurado.
- Por incapacidad total y permanente del asegurado que le imposibilite realizar actividades con fines de remuneración o ganancia.
- Por terminación de la vigencia del seguro.
- En la fecha en que se cancele la tarjeta de crédito que dio origen al seguro.
- Al cumplimiento de los 80 años, la edad máxima de permanencia en la póliza.

7. EXCLUSIONES DEL SEGURO

- Guerra declarada o no, huelgas, motines, revolución o tumultos populares, siempre que el asegurado tenga participación directa.
- Cometer delito o acciones que infrinjan las leyes.
- Participación en competencias de alto riesgo.
- Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
- La incapacidad a consecuencia del consumo de bebidas embriagantes (alcoholismo), uso de drogas o estupefacientes.

8. PAGO DE INDEMNIZACIÓN:

Documentos que deben acompañarse en la reclamación de la cobertura:

8.1 En caso de Muerte:

Requisitos únicos para la indemnización de reclamos de Vida:

a. Carta de parte de BANHCAFE reportando el fallecimiento indicando:

o Nombre del cliente

Monto del SALDO DE LA DEUDA (detallar monto del capital + intereses) Estado de cuenta al momento del fallecimiento

b. Fotocopia de tarjeta de identidad del fallecido.

c. Acta de defunción original.

d. Certificación original de la autoridad que tomo parte (DNIC, Hospital, Ministerio público, Tránsito, etc.) o del médico forense, donde especifiquen la causa de la muerte.

e. O Certificación médica de defunción (papel médico legal), indicando la causa del fallecimiento y/o diagnóstico, fecha de ingreso, fecha de muerte y evolución.

f. Sino fue atendido en ningún centro hospitalario, se presentará una carta por parte de los beneficiarios indicando los pormenores del hallazgo del fallecido o se presentará una carta por parte del Patronato de la Comunidad dando fe de los pormenores del fallecimiento del Asegurado, detallando donde fue velado y enterrado.

8.2 En caso de Incapacidad Total y Permanente:

a. Fotocopia del Informe técnico de invalidez emitido por el IHSS, en caso de que el Asegurado haya estado laborando al momento de la enfermedad o accidente.

b. Certificación médica original indicando el motivo de la invalidez, tratamiento, evolución de la enfermedad o accidente, en caso de no estar afiliado al IHSS

c. Resultados de estudios médicos o imágenes radiológicas, en caso de contar con ellos.

d. Sujeto a Evaluación Médica por parte de la compañía de seguro.

9. Exclusión 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 Indevido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo , custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato."

10. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguro y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o término 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 auto arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada, según sea el caso

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.

11. 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.