

SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON COBERTURAS ADICIONALES

ANEXO 1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

A continuación, se detallan los riesgos adicionales cubiertos por el presente anexo, hasta por las sumas aseguradas detalladas en las condiciones especiales:

CLAUSULA 1. COBERTURA PRINCIPAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Esta cobertura será obligatoria únicamente en caso de que la póliza sea contratada para cubrir saldo de deuda derivado una operación crediticia enmarcada en las Normas para la contratación de los seguros por parte de las instituciones supervisadas que realizan operaciones crediticias

La aseguradora pagará una indemnización igual a la suma asegurada para el caso de fallecimiento, según lo indicado en las condiciones especiales, en caso de que al asegurado le sobreviniere una invalidez total y permanente, a consecuencia de enfermedad o lesiones accidentales y una vez transcurridos por lo menos seis (6) meses continuos desde la fecha de la declaración de dicha invalidez, o antes si así lo aceptara expresamente la aseguradora, considerando el dictamen médico.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por “invalidez total”, cuando el asegurado esté incapacitado para dedicarse a su trabajo u ocupación habitual o cualquier otro remunerado, compatible con sus conocimientos o aptitudes y posición social; y se considerará “permanente” cuando no pueda esperarse la recuperación de la capacidad del asegurado para el resto de su vida.

El grado de la invalidez deberá ser igual o superior al sesenta y cinco por ciento (65%) de conformidad con las normas aplicables.

CLÁUSULA 2. EDAD.

Serán elegibles para esta cobertura cualquier persona desde los 18 años cumplidos hasta los 70 años cumplidos al momento de la suscripción, con posibilidad de renovar hasta los 75 años. La cobertura terminará en la fecha de fin de vigencia anual inmediata posterior al día del septuagésimo sexto cumpleaños del asegurado. La compañía podrá fijar otras edades límite para suscripción y/o renovación, con la condición de que se encuentren dentro del intervalo aquí definido.

CLAÚSULA 3. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La indemnización se pagará al asegurado en una sola exhibición a partir de la comprobación de la invalidez total y permanente y de acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLAÚSULA 4. PRUEBAS ADICIONALES DE INVALIDEZ.

La aseguradora podrá requerir pruebas adicionales para la determinación y comprobación de la invalidez. El asegurado se obliga a someterse a cuantos exámenes médicos le sean requeridos, para tal objeto, por cuenta de la aseguradora.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON COBERTURAS ADICIONALES

ANEXO 1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

CLAÚSULA 5. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA.

Los efectos de este anexo concluirán al terminar el período de vigencia cubierto por el pago de las primas de la póliza; o, por negarse el asegurado a someterse a los exámenes médicos requeridos para la comprobación de la invalidez; o, en el aniversario más próximo a la fecha en que el asegurado supere la edad máxima de renovación establecida en las condiciones especiales de la póliza.

CLAÚSULA 6. EXCLUSIONES.

Los efectos de esta cobertura quedarán sin ningún valor y la aseguradora no pagará ninguna indemnización cuando la invalidez total y permanente sea consecuencia directa de los hechos y/o circunstancias siguientes:

- a) Accidentes que le sobrevengan al asegurado mientras se encuentre bajo la influencia de drogas a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica, estupefacientes, o de bebidas alcohólicas siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual.
- b) Lesiones corporales causadas al asegurado por sí mismo o por el beneficiario de la póliza.
- c) Huelgas, paros o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares en que participe el asegurado.
- d) Riñas provocadas por el asegurado y/o delitos cometidos por él mismo.
- e) Guerra civil o guerra internacional o cualquier acto relacionado con ella, haya habido o no declaración de guerra.
- f) Accidente de navegación aérea, salvo que el asegurado viaje como pasajero en aviones de línea comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros con su respectivo boleto de pasaje incluido en un vuelo de itinerario regular.

CLAÚSULA 7. AVISO DEL SINIESTRO.

Al ocurrir un hecho cubierto por este anexo, deberá darse aviso escrito a la aseguradora proporcionando los datos e informes que comprueben la pérdida y las circunstancias del accidente. Además, el asegurado deberá someterse a los exámenes médicos que la aseguradora estime conveniente, los que serán practicados por los médicos designados por ésta y por cuenta de la misma. Si el asegurado no presenta las pruebas requeridas o no se sometieren a los exámenes indicados, la aseguradora quedará liberada de responsabilidad en relación con este anexo. En los casos que por razones ajenas o no imputables al asegurado, ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificaciones por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los datos requeridos en el plazo otorgado, o si se demuestra ante la aseguradora la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

Se harán efectivos los beneficios elegibles descritos en el presente anexo siempre que se presenten los siguientes documentos:

- a) Formulario de reclamo proporcionado por la aseguradora.
- b) Certificación de nacimiento o copia de la tarjeta de identidad del asegurado.
- c) Certificación médica o constancia de la autoridad competente que certifique la invalidez.

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON COBERTURAS ADICIONALES
ANEXO 1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

Queda convenido y entendido que todos los demás términos, condiciones, limitaciones y garantías de la citada póliza continúan vigentes y sin modificación alguna.

En testimonio de lo cual, la compañía firma la presente, en <DOMICILIO>, el día <FECHAHOYLETRAS>.

Firma autorizada
<NOMFIRMANTE>
<CARGOFIRMANTE>
SEGUROS E INVERSIONES HONDURAS, S.A.