

SEGURO COLECTIVO DE VIDA SOBRE AHORRO Y APORTACIONES

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 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.

CLAUSULA No. 1 COBERTURA

Cobertura Básica

Los beneficios cubiertos bajo esta Póliza se basarán en la totalidad de los saldos asegurables de cada Asegurado en su cuenta o cuentas individuales que se encuentren vigentes dentro de los registros de la Póliza al tiempo de su fallecimiento.

Los beneficios amparados por esta Póliza son:

a) Muerte:

Bajo esta cobertura la Compañía se obliga en caso de muerte del Asegurado, a pagar a sus beneficiarios, la suma asegurada equivalente al total de ahorros y aportaciones que el Asegurado mantenga en su cuenta, sin exceder la suma máxima descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En los casos de “Muerte presunta”, esta Póliza se regirá por lo establecido en el Código Civil y cualquier otra ley que regule al respecto al momento de ocurrir el siniestro.

b) Muerte por Suicidio

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, ya sea que el Asegurado se encuentre en estado de cordura o demencia, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios, excepto cuando el suicidio ocurra antes de haber transcurridos dos (2) años completos ininterrumpidos de cobertura del Asegurado, en cuyo caso la responsabilidad de la Compañía se limitará al reembolso del importe de la reserva matemática de la Póliza, si hubiere.

Coberturas Adicionales:

Coberturas que pueden ampararse por medio de convenio expreso entre la Compañía y el contratante y el pago de primas respectiva:



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

- a) **Muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa de accidente:** La Compañía conviene en pagar una indemnización adicional igual a la Suma Asegurada Principal, siempre y cuando el Asegurado falleciera a causa de accidente, o llegara a sufrir a causa del mismo, la pérdida de alguno de los miembros, órganos o funciones de acuerdo a lo descrito en Anexo No.1 de la Póliza.
- b) **Doble indemnización del beneficio por muerte, desmembramiento y/o pérdida de la vista por causa de accidente:** Es entendido y convenido que el pago de las indemnizaciones por muerte accidental o pérdida de miembros o de la vista, se pagarán dos sumas básicas adicionales a los beneficiarios de acuerdo con lo descrito en el Anexo No.1 de la Póliza.
- c) **Gastos Fúnebres:** Se garantiza un pago adicional al monto de la Suma Asegurada indemnizada por fallecimiento de acuerdo con lo descrito en el Anexo No.2 de la póliza

Cobertura Opcional

- d) **Beneficio de Enfermedad Catastrófica y Enfermedad Terminal después de los 70 Años, para Miembros del Seguro de Ahorros y Aportaciones, de acuerdo con lo descrito en el Anexo No.3 de la póliza**

La Compañía pagará al Asegurado mayor a 70 años cubierto bajo este Beneficio, por una sola vez, el capital estipulado en la carátula del presente Beneficio, si el Asegurado es diagnosticado con una Enfermedad Terminal ó con una de las siguientes *Enfermedades Catastróficas*:

- Infarto Agudo al Miocárdio,
- Derrame o Hemorragia e Infarto Cerebral,
- Cáncer,
- Insuficiencia Renal,
- Parálisis y
- VIH/Sida
- a la práctica de alguna de las siguientes intervenciones:
 - Cirugía Arterio-Coronaria y
 - Trasplante

Se otorgará únicamente un beneficio por la primera enfermedad que llegare a ocurrir; de modo que, si el Asegurado recibe un beneficio por alguna *Enfermedad Terminal o Enfermedad Catastrófica*, ya no tendría derecho a un nuevo beneficio si posteriormente fuera afectado por otra enfermedad estipulada dentro del presente beneficio.

CLAUSULA No. 2 EXCLUSIONES

Los beneficios de esta Póliza no aplicarán en los siguientes casos:

- a) Cuando el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de su participación directa en actos delictivos.
- b) Cuando el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de su participación en actividades militares.
- c) Fallecimiento en caso de guerra o actos relacionados con la misma.
- d) Los beneficios bajo la Póliza no son pagaderos si la muerte del Asegurado es como resultado de una enfermedad o lesión por la cual recibía atención médica, consulta o tratamiento en cualquier tiempo anterior a la fecha de ingreso a la Póliza, a menos que la muerte ocurra doce (12) meses después de su ingreso a la misma.

Exclusiones aplicables al Beneficio de Enfermedad Catastrófica y Enfermedad Terminal después de los 70 Años, para Miembros del Seguro de Ahorros y Aportaciones.

- e) El presente beneficio excluye de cobertura las enfermedades o intervenciones que resulten o sean consecuencia de:
 - a) Suicidio frustrado, o su tentativa, y
 - b) Cualquier autolesión intencionada.

CLAUSULA No 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El contrato de seguro queda constituido por la solicitud del seguro firmada por el Contratante, las condiciones generales, condiciones particulares, condiciones especiales, certificado individual, anexos, si hubieren y cualquier otro documento requerido por otra normativa emitida por la Comisión.

CLAUSULAS No. 4 DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes:

- a) **Accidente:** Para los efectos de este contrato, se entenderá como accidente la acción repentina de un agente externo violento, independientemente de la voluntad del Asegurado, que cause a éste lesiones corporales que puedan determinarse de una manera cierta por un médico.
- b) **Ahorro:** Cantidad de dinero en moneda nacional o extranjera, que el Asegurado mantenga en la institución Contratante.

- c) **Anexo o Endoso:** Documento agregado a la Póliza y autorizado por la compañía para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones al texto de las Condiciones Generales de la Póliza, y que forma parte inseparable del contrato.
- d) **Aportaciones:** Es la cantidad de dinero que el Asegurado está obligado a ahorrar en la institución Contratante y su devolución solo surtirá efecto al retirarse de la misma.
- e) **Asegurado:** Persona natural miembro de la organización Contratante, que reúne las condiciones de elegibilidad para formar parte del grupo asegurable.
- f) **Beneficiario:** Persona natural y/o jurídica designada por el Asegurado, que recibirá el pago de la suma asegurada al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.
- g) **Cáncer:** Se define como la enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolados de células malignas y la invasión de tejidos. La leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático, como por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin, se entienden comprendidas en esta definición, pero en cambio no lo está cualquier clase de cáncer sin invasión e in-situ, ni el cáncer de piel, salvo que sea melanoma de invasión.
- h) **Cirugía Arterio-Coronaria.**
Se define como la intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran obstruidas, introduciéndose un bypass arterio-coronario. La angioplastia o cualquier otra intervención intra-arterial, no están cubiertas por esta cláusula.
- i) **Comisión:** La Comisión Nacional de Bancos y Seguros
- j) **Compañía:** La institución aseguradora denominada Equidad Compañía de Seguros, S.A.
- k) **Condiciones Particulares:** Documento anexo a esta Póliza, que forma parte inseparable de ella, donde se detallan los datos generales del Asegurado, sumas aseguradas, primas, vigencia de la Póliza, coberturas, exclusiones, condiciones y acuerdos, tasas y otros detalles.
- l) **Contratante:** Es la Cooperativa o Institución Financiera que suscribe con la Compañía el contrato de seguro (Póliza).
- m) **Declaración de Salud:** Formato proporcionado por la Compañía al Contratante el cual contiene un cuestionario de preguntas de salud para que este sea utilizado al momento de incorporar un nuevo Asegurado a la Póliza y así tener pruebas de la condición de salud en el momento del aseguramiento



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

- n) **Derrame o Hemorragia e Infarto Cerebral:** Se define como cualquier incidencia cerebrovascular que incluye la muerte de tejido cerebral, hemorragia, trombosis y embolia originada en una fuente extracraneal. Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica estable e invalidante, de una duración de por lo menos 90 días.
- o) **Enfermedad Terminal:** Cualquier alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo en relación con el organismo, determinada por un médico, la cual llevará a la muerte, inevitablemente, en un determinado lapso de tiempo no mayor a dos años
- p) **Fallecimiento:** Es la muerte del Asegurado ya sea por accidente o enfermedad. Para los casos de “Muerte presunta” esta póliza se regirá por lo establecido en el Código Civil y cualquier otra ley que regule al respecto al momento de ocurrir el siniestro.
- q) **Infarto Agudo al Miocardio:** Se define como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.
- r) **Informe de Cobertura:** Formato proporcionado por la Compañía, mediante el cual el Contratante periódicamente reporta el resumen de la cartera a asegurar incluyendo las deducciones por valores no asegurables en su cartera de ahorro.
- s) **Insuficiencia Renal:** Se define como la falla total, crónica e irreversible, de ambos riñones, que exija la diálisis o riñón artificial permanente, o trasplante renal.
- t) **Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros
- u) **Parálisis:** Se define como la pérdida completa de la función motora, de dos o más extremidades, en forma irreversible, a consecuencia directa de una enfermedad no originada en un accidente.
- v) **Persona Elegible:** Persona natural afiliada o cliente del Contratante que se encuentre dentro de los límites de edad elegibles para formar parte del grupo asegurable.
- w) **Preexistencia o Padecimientos Preexistentes:** Se entiende como tales aquellas enfermedades que, en fecha anterior a la fecha de iniciación de la cobertura de cada Asegurado, fueron diagnosticadas por un médico, fueron aparentes a la vista o que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos e inducirían a la persona asegurada a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.
- x) **Prima:** Es el costo del seguro o aportación económica a cargo del Asegurado o Contratante que ha de pagar a la Compañía en concepto de contraprestación por la cobertura del riesgo que el contrato de seguros garantiza.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

y) **Riesgo:** Se emplea este concepto para expresar indistintamente dos (2) ideas diferentes; de un lado, riesgo como la persona asegurada; de otro, riesgo como posible acontecimiento, cuya aparición real o existencia se previene y ampara en la póliza.

z) **Siniestro:** Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce unos daños amparados en la póliza hasta determinada cuantía. Siniestro es, pues, un acontecimiento que, por originar unos daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a La Compañía Aseguradora a satisfacer, total o parcialmente, al asegurado o a sus beneficiarios, el capital garantizado en el contrato.

aa) **Trasplante.**

Se define como la sustitución total o parcial de un órgano enfermo en todo o parte, de la siguiente lista: corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas y médula ósea.

bb) **VIH/SIDA:** Se define a una persona portadora del VIH/SIDA como aquella que tiene una prueba serológica de ELISA donde el VIH es positivo, conformado con una prueba suplementaria de Western Blot y que tenga también un conteo de células CD4, menor que 500/mm³ y tienen uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo:

1. Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Cáncer cervical invasivo.
3. Coccidioidomicosis, diseminado o extrapulmonar
4. Criptococosis extrapulmonar
5. Critpoesporidosis intestinal crónica (con más de un (1) mes de duración).
6. Citomegalovirus retinitis (con pérdida de visión).
7. Encefalopatía relacionada con el VIH.
8. Herpes simple.
9. Úlcera crónica (de más de un (1) mes de duración).
10. Bronquitis neumonitis o esofagitis.
11. Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.
12. Isosporiasis intestinal crónica de más de un (1) mes de duración.
13. Sarcomas de Kaposi.
14. Linfoma no Hodgkin de células B a fenotipo inmunológico no determinado y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt) o sacarmos inmunoblástico, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad.
15. Linfoma inmunoblástico.
16. Linfoma primario cerebral.
17. Hicobacterias otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonares.
18. Neumonía por pneumocystis carinni.
19. Neumonía recurrente.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

20. Leucoencefalopatía progresiva multifocal.
21. Septicemia por salmonella no recurrente.
22. Taxoplasmosis cerebral.
23. Síndrome de desgaste.
24. Microbacterias kansasii diseminadas o extrapulmonar.
25. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
26. Diseminación extrapulmonar por M. Avium o M. Kansasii.
27. Estrangiloidosis extraintestinal.
28. Hiperplasia pulmonar linfóide o neumonitis intersticial linfóide.
29. Complejo demencial o encefalopatía por VIH.
30. Infección extrapulmonar o diseminada por microbacterias de otras especies que no sea Lepra.

CLÁUSULA No. 5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD:

La responsabilidad de la Compañía quedará limitada a la Suma Asegurada, entiendo que ésta será el total de los saldos asegurables reportados a la Compañía, tal como aparece en los registros del Contratante y la Póliza, sin exceder la suma asegurada, máxima contratada en la Póliza.

CLÁUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS:

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado o del Contratante y la omisión, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Compañía, para la rescisión del Contrato, quedando a favor de La Compañía, la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que conozca el dolo, culpa grave y, en todo caso, la prima convenida por el primer (1) año.

La compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones.

Si la inexactitud u omisión en las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el Contratante o Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o reticencia.

CLÁUSULA No. 7 PAGO DE PRIMA

La modalidad del Pago de Primas será una Prima Única Anticipada, pudiéndose fraccionar en acuerdo con el Contratante.

El Contratante es el obligado directo frente a la Compañía a pagar las primas correspondientes a todos los Asegurados que formen parte del grupo asegurado, y será el único responsable por la falta de pago de la prima.

Si la prima no fuere pagada dentro de los plazos establecidos en el contrato o en los legales, los efectos del seguro no podrán suspenderse sino quince (15) días después del requerimiento respectivo al asegurado, el cual podrá hacerse por medio de carta certificada con acuse de recibo, dirigida al propio Asegurado o a la persona encargada del pago de las primas, al último domicilio conocido por el asegurador.

En el requerimiento se mencionará expresamente su objeto, el importe de la prima y la fecha de su vencimiento, así como el texto íntegro del artículo 1133 del Código de Comercio. Diez (10) días después de la expiración de este plazo, la Compañía podrá rescindir el contrato o exigir el pago de la prima en la vía ejecutiva.

La rescisión podrá hacerse por medio de una declaración de la empresa dirigida al asegurado en carta certificada con acuse de recibo.

Si el contrato no fuere resuelto producirá todos sus efectos desde el día siguiente a aquel en que se hubieren pagado la prima y los gastos realizados para su cobro.

Para el cómputo de los plazos indicados en esta cláusula se tendrá en cuenta que no se contará el día del envío de la carta certificada, y que si el último es día festivo se prorrogará el plazo hasta el primer día hábil siguiente. Será nulo todo pacto en contra.

La obligación por parte del contratante de pagar la prima para Beneficio de Enfermedad Catastrófica y Enfermedad Terminal después de los 70 Años, para Miembros del Seguro de Ahorros y Aportaciones, para el Asegurado, se suspenderá en la fecha en que al Asegurado se le diagnostique la enfermedad o la práctica de la intervención quirúrgica cubierta bajo el beneficio y se entenderá extinguida desde entonces si el siniestro es cubierto por este beneficio. La prima podrá ser ajustada al momento de la renovación de este beneficio de acuerdo a la tarifa vigente, que será comunicada por escrito al contratante con 30 días de anticipación

CLÁUSULA No. 8 VIGENCIA

Salvo que se estipule lo contrario, el período de vigencia de esta Póliza y las coberturas contratadas será anual, y será renovable automáticamente por períodos iguales y sucesivos.

CLÁUSULA No. 9 BENEFICIARIOS:

El beneficiario será la o las personas que el Asegurado tenga designados en los registros de la Contratante. A falta de tal designación, los beneficiarios serán sus herederos legales.

En caso de fallecimiento de uno de los beneficiarios designados y si el Asegurado no hubiere notificado el cambio, la suma asegurada a pagar se distribuirá por partes iguales entre los beneficiarios sobrevivientes, salvo pacto en contrario.

Si solo se hubiere designado un (1) beneficiario, y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario, o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos siguientes:

El Derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además le comunique al beneficiario y a la compañía. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

Se aplicará lo establecido en los Artículos 1233 al 1247 del Código de Comercio de Honduras.

CLÁUSULA No. 10 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Salvo pacto en contrario, serán obligaciones ineludibles por parte del Contratante lo siguiente:

- a. Reportar mensualmente a la finalización del mes, en los formularios que la Compañía proporcione para tal fin, la descripción del total de asegurados y sumas aseguradas correspondientes a la cartera de ahorrantes.
- b. Recaudar de las personas del grupo asegurado, la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- c. Pagar a la Compañía la prima total.
- d. Informar por escrito a la Compañía:
 1. El ingreso al grupo asegurado las nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la Compañía.
 2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado.
 3. Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la Póliza; y,
 4. La terminación de su calidad como Contratante.
- e. Dar a conocer a las personas que se van a asegurar, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- f. Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado.
- g. Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima correspondiente que haya sido devuelta por la compañía.
- h. Poner a disposición de la Compañía, cuando ésta lo requiera, los libros y registros de este, con el objeto de verificar o validar la información reportada por el Contratante que tenga relación con la presente Póliza.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

- i. Al grupo original de asegurados bajo esta póliza se agregarán mensualmente todos los nuevos asegurados que ingresen a la cartera de ahorrantes del Contratante y que sean elegibles para gozar de los beneficios de este seguro.

CLÁUSULA No. 11 PROHIBICIONES AL CONTRATANTE

Se establecen como prohibiciones al Contratante las siguientes acciones:

- a. Presentar información falsa de los Asegurados a la Compañía.
- b. Efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
- c. No pagar en su debido momento a la compañía, la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado
- d. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Compañía y que pertenecen al Asegurado o a sus beneficiarios.

CLÁUSULA No. 12 AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el contrato. La responsabilidad concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Asegurado.

El Contratante deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo asegurado durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Contratante o Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

Para los efectos del párrafo anterior se entenderá siempre, que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal manera que la Compañía habría contratado en condiciones diferentes si al celebrar el contrato hubiera conocido tal agravación.

CLÁUSULA No. 13 AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto el Contratante tuviere conocimiento del siniestro, deberá comunicarlo de inmediato a la Compañía por escrito, en un plazo máximo de cinco (5) días desde el momento en que tenga conocimiento de la realización del siniestro. Este plazo solo correrá en contra de quienes tuvieren conocimiento del derecho constituido a su favor. El aviso del fallecimiento del Asegurado se hará presentando a la Compañía la información correspondiente en los formularios que ésta proporcione para tal fin.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

La Compañía tendrá derecho de exigir del Contratante, 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 se demuestra que el Contratante Asegurado, beneficiarios, o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían 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.

En los casos que, por razones ajenas o no imputables a los beneficiarios, 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 Compañía la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

13.1 Investigación Médica

La compañía queda facultada para realizar o efectuar investigaciones a médicos u hospitales y solicitar los informes que requiera en relación al presente contrato en caso de fallecimiento del Asegurado. Si el Contratante o beneficiarios impidieran el ejercicio de esta facultad con fines fraudulentos la Compañía quedará desligada de sus obligaciones.

13.2 Procedimiento en Caso de Siniestro

Se harán efectivos los beneficios elegibles descritos en el presente contrato siempre que el Contratante presente los siguientes documentos:

Beneficio de Muerte:

- a. Formulario de reclamo proporcionado por la Compañía.
- b. Hoja de Reclamante, la cual debe de venir debidamente llenada por el beneficiario.
- c. Certificación de nacimiento o copia del documento nacional de identificación del Asegurado y los beneficiarios.
- d. Copia del RTN del Asegurado y los beneficiarios
- e. Original de certificación médica o constancia de la autoridad competente que certifique la causa del deceso.
- f. Original de certificado de defunción.
- g. Estados de cuenta de ahorro y/o aportaciones del Asegurado.
- h. Copia de solicitud de ingreso a la Contratante.
- i. Declaración de Salud.
- j. Formulario de identificación del beneficiario final.

Beneficio de Enfermedad Catastrófica y Enfermedad Terminal después de los 70 Años.

La ocurrencia de un siniestro debe ser comunicada a la Compañía mediante presentación escrita entregada en su oficina principal, adjuntando la documentación que respalde el reclamo,



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

dentro de los 30 días siguientes al diagnóstico o a la práctica de la intervención a que se refiere la cláusula 1 "Coberturas" de la sección aplicable al beneficio. Para el efecto deberá presentarse el Documento Nacional de Identificación del Asegurado, los informes médicos, y las pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio y otras pruebas que sustenten la solicitud de pago. El costo de estas pruebas será de cargo del Asegurado.

La Compañía una vez recibido el reclamo, realizará el pago de la indemnización de conformidad a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros. La Compañía a través del médico que ésta designe, realizará el informe respectivo y notificará al Contratante la aceptación o rechazo del reclamo, debiendo la Compañía, en caso de rechazo, comunicarlo al Asegurado por escrito a través del Contratante, indicando los motivos del rechazo.

Para las coberturas adicionales contratadas mediante convenio expreso, los requisitos se establecerán en el convenio correspondiente.

CLÁUSULA No. 14 TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este contrato podrá ser cancelado tanto por el Contratante como por la Compañía, mediante el aviso correspondiente dado por escrito con treinta (30) días de anticipación.

La cobertura de este seguro terminará automáticamente por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Cuando termine la vigencia del seguro.
- b) Al cumplir el Asegurado la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares.
- c) Fecha de terminación de la relación de afiliado o miembro de la institución Contratante.
- d) Por cancelación de la Póliza
- e) Por retiro total de los ahorros y/o aportaciones por parte del Afiliado o miembro de la institución contratante.
- f) Por transferencia total de los ahorros y/o aportaciones a otro depositante,
- g) Por la ocurrencia del riesgo cubierto por esta póliza.
- h) Por falta de pago de la prima al finalizar el Período de Gracia

Al término de la cobertura principal por extinción del vínculo entre el Contratante y Asegurado o por otra cualquiera causa, producirá el término de la vigencia del Beneficio de Enfermedad Catastrófica y Enfermedad Terminal después de los 70 Años.

Cualquiera de las partes podrá poner término al beneficio de Enfermedad Catastrófica y Enfermedad Terminal después de los 70 Años, notificando por escrito a la otra, con una anticipación con al menos treinta (30) días respecto del término de vigencia de esta.

A nivel individual de cada Asegurado, el pago del capital estipulado que haga la Compañía al Asegurado con motivo de un siniestro cubierto por el beneficio de Enfermedad Catastrófica y

Enfermedad Terminal después de los 70 Años, causará el término de la cobertura, para dicho Asegurado individual.

CLÁUSULA No. 15 RENOVACIÓN

Esta Póliza vencerá el día que se indique en las Condiciones Particulares a las 12:00 horas del mediodía. La Compañía podrá renovar la Póliza por otro período igual y bajo las mismas condiciones, o aquellas que se establezcan de común acuerdo entre el Contratante y la Compañía.

CLÁUSULA No. 16 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo 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 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción antes citado.

CLÁUSULA No. 17 CONTROVERSIAS:

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguro y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrá ser resuelto, a opción de las partes, por la vía de 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 ningún caso en litigio, o arbitraje, salvo pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA No. 18 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones que el Contratante haga a la Compañía con respecto a los Asegurados o beneficiarios deberán ser enviados por escrito al domicilio de la Compañía, y ésta por su parte, enviará sus notificaciones por escrito al domicilio del Contratante.

En el caso de que el contrato haya sido celebrado a través de un agente autorizado, registrá lo establecido por el artículo 1113 del Código de Comercio. Salvo el cobro de las indemnizaciones



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

en caso de siniestro, todo lo relativo a esta póliza será tratado por conducto del Contratante y por tanto, todas las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los Asegurados, se consideraran válidas y eficazmente cumplidas cuando las haga al Contratante, que serán enviadas al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

CLÁUSULA No. 19 TERRITORIALIDAD:

Las coberturas amparadas por esta Póliza cubren al Asegurado en cualquier país del mundo.

CLÁUSULA No. 20 SUICIDIO

Salvo pacto en contrario en caso de fallecimiento de un Asegurado por suicidio, sea que éste se encuentre en estado de cordura o demencia la Compañía pagará la suma asegurada del certificado siempre que la muerte ocurra después de dos (2) años ininterrumpido de vigencia del certificado.

CLÁUSULA No. 21 EDAD

Para formar parte del grupo de asegurados se requiere que, en el momento de ingreso a la institución Contratante, la edad del Asegurado se encuentre dentro del rango de edad de elegibilidad descrito en las Condiciones Particulares.

El Seguro se podrá renovar y terminar automáticamente al finalizar el período cubierto por la prima pagada antes de haber alcanzado el Asegurado la edad máxima de asegurabilidad descrita en las Condiciones Particulares, aun cuando reúna las demás condiciones necesarias para formar parte del grupo.

Si el Contratante, por cualquier motivo paga primas para coberturas de un Asegurado que al momento de su muerte y/o incapacidad total y permanente exceda la edad máxima de Asegurabilidad descrita en las Condiciones Particulares, la Compañía quedará exenta de obligación en el pago de reclamo; no obstante, reembolsará al Contratante la cantidad pagada en primas además del importe de los intereses correspondientes, de acuerdo con la tasa de interés promedio que devengaría en el Sistema Bancario, un depósito equivalente al monto de la prima, por el período que esta estuvo pagada de más.

Una vez ingresado a la Póliza antes de la edad máxima de ingreso, el Asegurado podrá seguir formando parte del grupo asegurado, hasta el cumplimiento de la edad máxima de renovación establecida en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA No. 22 PERÍODO DE GRACIA

Si el Contratante o Asegurado en su caso no efectuare el pago de la prima o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento, dispondrá de un período de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima en descubierto.

Si dentro del período de gracia, ocurre cualquier evento, la Compañía procederá al pago de indemnización correspondiente y a deducir de ella, el total de las primas pendientes de pago para completar el año Póliza.

CLÁUSULA No. 23 REHABILITACIÓN

No obstante, lo dispuesto en la Cláusula No.21 Periodo de Gracia, el Contratante podrá dentro de los treinta (30) días siguientes al último día de plazo de gracia señalado en la misma, pagar la Prima correspondiente al seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado.

En este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, siempre y cuando dicha Póliza no hubiese tenido un Siniestro, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia de la Póliza no sufrirá modificación. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro a partir de las doce (12) horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar la Compañía, para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se expida con posterioridad a dicho pago.

CLÁUSULA No. 24 INDISPUTABILIDAD

No obstante, lo establecido en la Cláusula No.6 Declaraciones Falsas o Inexactas, la Compañía no podrá disputar el seguro después de que haya estado en vigor durante la vida del Asegurado por un período de doce (12) meses ininterrumpidos contados desde su inscripción.

CLÁUSULA No. 25 MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

Toda Solicitud que modifique el contrato deberá presentarse por escrito a La Compañía, entendiéndose que ésta acepta las modificaciones mediante comunicación por escrito al Contratante, firmada por funcionarios debidamente autorizados.

Toda modificación se hará constar en la propia Póliza o en un anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las Condiciones Particulares que se agreguen en las condiciones generales del contrato deberán, en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente al Contratante y Asegurados.

En caso de controversia entre las condiciones generales y especiales prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del seguro.

El Contratante y Asegurados tendrán derecho a que se les apliquen las nuevas condiciones;

pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda en prima.

CLÁUSULA No. 26 DUPLICADOS DE PÓLIZAS Y OTROS DOCUMENTOS

La Compañía tiene obligación de expedir, a solicitud y a costa del interesado, copia o duplicados de la Póliza, así como de las declaraciones hechas en la solicitud. Cuando se pierda o destruya la Póliza, el Contratante podrán pedir la cancelación y reposición de la misma siguiendo el procedimiento establecido en el Código de Comercio para la cancelación y reposición de títulos-valores.

CLÁUSULA No. 27 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

La Compañía garantiza pagar a través del Contratante, la suma asegurada que corresponda al Asegurado, de acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo No. 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, contados a partir de la fecha del recibo de la respectiva documentación.

El pago de cualquier indemnización en virtud de este contrato, lo hará La Compañía en su domicilio social, en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, puedan hacerse en una de sus Agencias o Sucursales.

CLÁUSULA No. 28 ENDOSO DE 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 adecuará 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.

CLÁUSULA No. 29 NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.