SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.
PÓLIZA SEGURO ESTUDIANTE
SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y VIDA
CONDICIONES GENERALES

A. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

CLÁUSULA 1. CONFORMIDAD DEL CONTRATO

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 devolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiera 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 de recibo. Si la 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.

CLÁUSULA 2. CONTRATO

Estas condiciones generales, la solicitud, la carátula, el certificado individual, los anexos o endosos y condiciones particulares que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación del Asegurado, constituyen el contrato entre el Asegurado y la Aseguradora.

CLÁUSULA 3. OBJETO DEL SEGURO

Mediante este seguro la Aseguradora cubrirá al Estudiante, los gastos médicos por accidente y renta diaria por hospitalización; y al padre, madre y/o tutores legales del Estudiante, en caso de muerte y/o desmembración, renta diaria por hospitalización, incapacidad total y permanente y otros riesgos mencionados en estas condiciones generales y anexos y endosos, las sumas aseguradas indicadas como límite en el Certificado Individual y en la Condiciones Particulares y/o Carátula de la Póliza, según la opción escogida.

CLÁUSULA 4. DEFINICIONES

ASEGURADORA: la Institución de Seguros denominada **SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.**

ANEXO: Documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la institución de seguros y el contratante, según corresponda.

ACCIDENTE: Para efectos de esta Póliza se entenderá por accidente Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

ASEGURADO: Es la persona que a solicitud del Contratante ha quedado amparada bajo esta Póliza.

Se considera Asegurado:

Para las coberturas aplicables al estudiante: el estudiante, según se indique en la Carátula de la Póliza.

Para las coberturas aplicables al padre, madre o tutor legal del estudiante, según se indique en la Carátula de la Póliza.

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las instituciones de seguros para regular los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro, siempre y cuando sean comunicadas al asegurado.

CONDICIONES ESPECIALES: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar coberturas, reducir algunas exclusiones, aclarar cláusulas y en general, modificar el contenido o efectos de las condiciones generales o particulares de la póliza.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del contrato de seguro relativas a la naturaleza del riesgo cubierto que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y los beneficiarios, si los hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, el lugar y la forma de pago, vencimiento de la prima, la vigencia del contrato, entre otros.

CONTRATANTE: Es aquella persona jurídica o individual que contrata la Póliza siendo responsable ante La Aseguradora de recaudar la prima del seguro en su totalidad.

BENEFICIARIO: Aquella persona que por designación del Asegurado tiene derecho a recibir las sumas aseguradas o su proporción correspondiente.

EDAD: Es la edad alcanzada efectivamente por cada Asegurado, que sirve para determinar la prima anual inicial o de renovación de las coberturas de esta Póliza.

ESTUDIANTE: Aquella persona que mediante la documentación pertinente acredite estar cursando estudios y no perciba ingresos derivados de un contrato de trabajo o por honorarios.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Se entiende por condiciones pre-existentes, enfermedades, lesiones, condiciones o síntomas que se hubieren manifestado dentro de los dos (2) años anteriores a la fecha de efectividad de la cobertura para la persona asegurada; que tuvo advertencia médica o consultó a un médico, que recibió tratamiento médico, servicios o suministros, que se le ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico, tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas; aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos inducirían a una persona normalmente prudente a asistir o consultar un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es el monto que habitualmente se cobra por los servicios médicos en la localidad donde estos son efectuados a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de las lesiones; las características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel profesional de las personas encargadas de la atención.

PERÍODO DE GRACIA: Lapso de treinta (30) días corridos que tiene El Contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas.

Durante este periodo, la cobertura de la Póliza o del Consentimiento-Certificado Individual está en pleno vigor.

PRIMA TOTAL: La prima total es igual a la suma de las primas individuales de todos los Asegurados.

SUMA ASEGURADA: Es la cantidad máxima que pagará La Aseguradora por cada Asegurado, a consecuencia del riesgo cubierto de acuerdo a las estipulaciones consignadas en esta Póliza y los documentos que forman parte de la misma. Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de La Aseguradora provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en la Solicitud y/o Consentimiento de Seguro.

VIGENCIA: Es el período de tiempo previsto en la póliza durante el cual surten efectos las coberturas. Dicho período comienza a las cero horas del día de inicio y termina a las 24 horas del día de finalización de la vigencia de la póliza. Los Consentimientos-Certificados Individuales, podrán tener una fecha de inicio diferente al de la Póliza.

CLÁUSULA 5. RIESGOS CUBIERTOS

Mediante la presente Póliza la Aseguradora garantiza al Asegurado o Beneficiario (s), según sea el caso, la indemnización indicada en el Certificado Individual por las siguientes coberturas:

- a. Coberturas aplicables al estudiante
- b. Coberturas aplicables al padre o madre o tutor legal.

CLÁUSULA 5.1. COBERTURAS Y CONDICIONES APLICABLES AL ESTUDIANTE

Para estas coberturas el Asegurado es el estudiante:

1. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

1.1 Objeto de la Cobertura

La Aseguradora pagará al Asegurado o al padre, madre o tutor legal, si este no tiene capacidad legal, hasta el monto máximo estipulado en el Certificado Individual, los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente el Asegurado incurra a consecuencia de un accidente amparado, siempre que estos sean provenientes de: hospitalización: asistencia médica, asistencia quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia y gastos de hospitalización.

1.2 Exclusiones para esta cobertura:

No quedarán amparados por esta cobertura los siguientes tratamientos y/o gastos médicos:

- a) Tratamientos fisioterapéuticos.
- b) A consecuencia de accidentes y/o enfermedades pre-existentes.
- c) A consecuencia de cualquier enfermedad.

- d) Preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia de los órganos reproductores de la mujer y/o el hombre, a menos que éstos resulten de un accidente cubierto por esta póliza.
- e) Anomalías congénitas y las afecciones que sobrevengan o resulten en relación con las mismas.
- f) La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente y práctica de deportes riesgosos, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- g) Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente.

1.3 Terminación de la Cobertura:

La cobertura del Certificado Individual finaliza:

- a) Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación de acuerdo a lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
- b) Al finalizar el plazo de la Póliza.
- c) Al efectuar el pago total de la Suma Asegurada correspondiente por esta cobertura.

1.4 Límites de Edad:

Las edades de contratación y renovación serán desde los cero (0) años hasta los veintitrés (23) años de edad.

1.5 Procedimiento en caso de reclamación:

Emergencias por Accidente

El aviso por escrito de la reclamación lo deberá realizar el Contratante y/o el Asegurado el cual lo deberá realizar en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del día del accidente, mediante un formulario de reclamación que le provee la Aseguradora, en las oficinas centrales de la misma.

Reembolso de Gastos Médicos

La Aseguradora reembolsará los gastos de curación en que incurriere el Estudiante por concepto de: asistencia médica, asistencia quirúrgica,

servicios de enfermería, ambulancia, gastos de hospitalización a causa de un accidente cubierto por el contrato de seguro, hasta por la suma asegurada para este concepto. Los gastos de curación absorbidos a cargo de instituciones estatales, no serán indemnizados por este contrato, en caso que el asegurado fuere atendido por dichas instituciones. Si el Asegurado hubiere suscrito otros seguros con la cobertura de gastos de curación, La Aseguradora pagará en caso de reembolso de gastos, la parte proporcional que le corresponda de acuerdo a la suma asegurada por este concepto.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado o los padres o el tutor legal, según corresponda, de las facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados. En este caso el Asegurado sólo tendrá derecho a los gastos realmente incurridos por él.

2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

La Aseguradora pagará al Asegurado o al padre, madre o tutor legal si este no tiene capacidad legal, una renta diaria fija por cada día que el Asegurado permanezca internado en una Clínica u Hospital, debidamente autorizado, como consecuencia de Enfermedad o Accidente cubierto por la presente póliza.

2.1 Período de Cobertura:

El período máximo por el cual se reconocerá la renta no excederá de cuarenta y cinco (45) días por año y será pagado a partir del tercer día de internación, es decir, la Aseguradora no efectuará desembolso alguno si la internación es igual o menor a dos (2) días.

2.2 Exclusiones para esta cobertura:

No quedarán amparados por esta cobertura, la hospitalización a consecuencia de:

- a) Preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia de los órganos reproductores de la mujer y del hombre, a menos que éstos resulten de un accidente cubierto por esta póliza
- b) Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y

diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico.

- c) Cirugía plástica o cosmética, excepto como consecuencia de un accidente, o enfermedad cubierta por esta póliza.
- d) Anomalías congénitas y las afecciones que sobrevengan o resulten en relación con las mismas.
- e) Cualquier desorden mental o nervioso, a menos que éstos resulten de un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza
- f) Cualquier accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de esta cobertura o enfermedad contraída o que haya principiado antes de dicha fecha.

2.3 Terminación de la Cobertura:

La cobertura del Certificado Individual finaliza:

- a) Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación de acuerdo a lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
- b) Al finalizar el plazo de la Póliza.
- c) Al efectuar el pago total del número de días de cobertura.

2.4 Límites de Edad:

Las edades de contratación y renovación serán desde los cero (0) años hasta los veintitrés (23) años de edad.

2.5 Procedimiento en caso de reclamación:

El aviso por escrito de la reclamación lo deberá realizar el Contratante y/o el Asegurado el cual lo deberá realizar en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del inicio de la hospitalización, mediante un formulario de reclamación, la constancia de los días de hospitalización, y cualquier otro documento que la Aseguradora considere oportuno solicitar para la comprobación de la reclamación, en las oficinas centrales de la Aseguradora.

CLÁUSULA 5.2. COBERTURAS Y CONDICIONES APLICABLES A LOS PADRES O AL TUTOR LEGAL.

Para estas coberturas el Asegurado es el padre, madre o tutor legal del Estudiante.

1. VIDA

1.1 Cobertura:

La Aseguradora pagará al (los) beneficiarios de esta cobertura cuando el padre, madre o tutor legal, fallezca por enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza.

1.2 Límites de Admisión:

Las edades de contratación serán, desde los dieciocho (18) años hasta los sesenta y cinco (65) años de edad, pudiéndose renovar hasta los setenta (70) años.

1.3 Procedimiento en caso de reclamación:

Pago de la Reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, mediante la presentación del certificado de defunción, partida de nacimiento del asegurado, RNP del beneficiario y aquella documentación adicional que la Aseguradora requiera, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que por su calidad de beneficiarios, tengan derecho a recibirla.

Prueba de Muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte, de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia originen serán cubiertos por La Aseguradora.

2. MUERTE Y/O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

2.1 Cobertura:

La Aseguradora pagará al (los) beneficiarios la suma asegurada cuando el Asegurado (padre, madre o tutor legal), sufra la muerte, en adición a la establecida en el numeral 1, o al Asegurado si sufre la pérdida de alguno de los miembros o de los sentidos descritos en la tabla que más adelante se detalla, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente del Asegurado, dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente y durante la vigencia de la presente póliza.

2.2 Tabla:

Comprobado el accidente, la Aseguradora indemnizará al Asegurado o beneficiarios, según corresponda, el porcentaje de la suma asegurada establecido en la siguiente tabla:

100 %	Pérdida de la vida
100 %	En caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;
50 %	Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;
50 %	Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
35 %	Por la pérdida total de la visión de un ojo;
25 %	Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
20 %	Por la pérdida total del pulgar de una mano;
15 %	Por la sordera total completa de un oído;
5 %	Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la

3 %	mano; Por la pérdida total de un dedo del pie.
-----	---

Se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los miembros antes detallados.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende: por pérdida de una mano, su separación en la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación en la articulación del tobillo o arriba de ella; por pérdida de los dedos, la separación de dos falanges completas cuando menos y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

2.3. Pago:

Cualquier pago que la Aseguradora haya hecho por la pérdida de alguno de los miembros o de los sentidos detallados en la tabla anterior, se considerará como adelanto a la suma asegurada para esta cobertura y se deducirá de la misma.

2.4. Límites de Admisión:

Las edades de contratación serán, desde los dieciocho (18) años hasta los sesenta y cinco (65) años de edad, pudiéndose renovar hasta los setenta (70) años.

2.5. Exclusiones:

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a) Hallarse practicando un arresto como representante de la ley.
- b) Postración por calor o insolación.
- c) Certámenes de velocidad sobre ruedas.
- d) Participación en cualquier delito.
- e) Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- f) Cualquier enfermedad.
- g) Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente).

2.6 Procedimiento en caso de reclamación:

Aviso y Pago de la Reclamación

El aviso del reclamo deberá realizarlo el Contratante y/o el Asegurado en las oficinas de la Aseguradora.

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento o pérdida de algunos de los miembros o de los sentidos descritos en la Tabla indicada en el numeral 2.2, ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual, mediante la presentación de la documentación solicitada por la Aseguradora en función al tipo de reclamación, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que por su calidad de beneficiarios, tengan derecho a recibirla.

Prueba de Muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte, de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia originen serán cubiertos por La Aseguradora.

3. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

3.1 Cobertura:

La Aseguradora pagará al Asegurado (padre, madre o tutor legal), cuando éste sufra una incapacidad total y permanente, siempre que su origen se haya producido a consecuencia de un accidente, dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente y durante la vigencia de la presente póliza y Certificado Individual.

3.2 Definición de Incapacidad Total y Permanente:

Se entiende por incapacidad total y permanente el estado de salud por el cual la persona asegurada se encuentre ininterrumpidamente impedida e inhabilitada, en forma absoluta, por un período continuo de ciento ochenta (180) días calendario, acorde con su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica, para llevar a cabo cualquier ocupación o actividad lucrativa, como resultados de lesiones corporales.

3.3 Pago:

La indemnización se efectúa mediante un solo pago, luego de transcurridos ciento ochenta (180) días calendario de incapacidad total y permanente, certificada por el Asesor Médico de la Aseguradora.

3.4 Límites de Admisión:

Las edades de contratación serán, desde los dieciocho (18) años hasta los sesenta (60) años de edad, pudiéndose renovar hasta los sesenta y cinco (65) años.

3.5 Exclusiones:

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionada o agravada como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a) Postración por calor o insolación.
- b) Certámenes de velocidad sobre ruedas.
- c) Participación en la acción de cualquier delito.
- d) Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente)
- e) Cualquier enfermedad.
- f) Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente).

3.6 Procedimiento en caso de reclamación:

Pago de la Reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la incapacidad del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual, mediante la presentación de la pruebas fehacientes de la incapacidad a la Aseguradora indemnizará la suma asegurada al Asegurado.

CLÁUSULA 6. EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS Y ANEXOS

Ninguna cobertura y Anexo será pagadero con relación a esta Póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a) Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas (medie o no declaración de guerra), guerra civil, golpe militar, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpación de poder, ley marcial, amotinamiento o disturbio o conmoción civil, alboroto popular, o levantamiento.

- b) Actos de terrorismo o acciones tomando el control del mismo, previniéndolo, reprimiéndolo o de alguna manera relacionada con cualquier acto de terrorismo.
- c) Vuelos no regulares. Se considerarán vuelos regulares, los vuelos que cumplan con cada una de las siguientes condiciones:
 - 1. El vuelo debe estar programado para despegar y aterrizar en aeropuertos con código IATA.
 - 2. Todos los miembros de la tripulación deberán tener las licencias válidas y vigentes para el vuelo.
 - 3. El vuelo deberá estar programado para una ruta de pasajeros establecida de acuerdo con un programa de vuelos publicado.

Ninguna cobertura y Anexo, a excepción de la cobertura de vida al padre, madre o tutor legal, será pagadera en relación con esta Póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionada o agravada como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

- a) Suicidio o conato de suicidio, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b) Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia del alcohol, siempre y cuando, en este caso, se compruebe, 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; así como de drogas o alucinógenos (a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica), sustancias ilegales o el uso inapropiado de medicamentos. Estos casos deberán ser calificados por la autoridad competente.
- c) Lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
- d) La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente y práctica de deportes riesgosos, entendiéndose por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) Lesiones corporales o la muerte causadas por riña, peleas, asaltos o actos ilícitos, a menos que sea en defensa propias.
- f) Lesiones causadas por el asegurado voluntariamente a sí mismo.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

CLÁUSULA 7. LÍMITE GEOGRÁFICO

Los gastos médicos serán reembolsables cuando los mismos se hayan realizado únicamente dentro del territorio nacional de la República de Honduras.

Las Clínicas u Hospitales deben estar ubicados dentro del territorio nacional de la República de Honduras.

CLÁUSULA 8. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES

El Contratante es la persona jurídica o individual, que celebra la contratación de la Póliza. La solicitud que ha servido de base para expedir la presente Póliza, ha sido suscrita por El Contratante. Son obligaciones del Contratante:

- a) Recaudar y pagar en las oficinas centrales de La Aseguradora, la prima de la Póliza en los primeros cinco días de cada mes.
- b) Informar por escrito a La Aseguradora en los primeros cinco días de cada mes, adjuntando los documentos del caso en cuanto a:
 1. Nuevos ingresos al grupo, con su respectivo Certificado Individual.
 2. Separaciones definitivas del grupo.
 3. Cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza.
 4. Propuesta de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que La Aseguradora decida al respecto.
 5. La terminación de su calidad como Contratante.
- c) Dar a conocer a las personas que se aseguren, la necesidad de declarar exactamente la edad.
- d) No efectuar cargos adicionales al Asegurado sobre la prima fijada por la Aseguradora.
- e) Entregar los consentimientos certificados a los asegurados.

El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, debe notificarlo por escrito a La Aseguradora, en un término que no exceda de ocho (8) días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La Aseguradora podrá decidir a su juicio, y conforme a la ley, la rescisión de la póliza durante los treinta (30) días corridos siguientes a la fecha de haber recibido la notificación y sus obligaciones terminarán treinta (30) días calendario después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante. La Aseguradora reembolsará al Contratante, la parte proporcional de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

CLÁUSULA 9. INGRESOS Y SEPARACIONES DEL GRUPO ASEGURADO

- a) **ALTAS DE ASEGURADOS.** Los estudiantes, padres o tutores legales que cumplan los límites de edad establecidos por La Aseguradora, podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza, siempre que mantengan relación con el Contratante. En este caso, la vigencia del seguro iniciará en la fecha que indique el Certificado Individual. La Aseguradora cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. La Prima por cada Asegurado, se determinará tomando en cuenta los días completos, a partir del día siguiente al que causó alta.
- b) **BAJAS DE ASEGURADOS.** Los estudiantes, padres o tutores legales que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparados por la presente Póliza desde el momento de dicha separación, quedando automáticamente sin validez alguna el Consentimiento-Certificado Individual de seguro emitido a su favor por La Aseguradora. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por La Aseguradora, para ser entregada al Asegurado, si procediere. La prima no devengada por cada Asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta los días que faltan para que termine el seguro, devengando La Aseguradora la prima correspondiente al día durante el cual suceda la baja.

CLÁUSULA 10. EDAD.

Las personas amparadas por esta Póliza, al momento de tomar por primera vez el seguro deben tener una edad comprendida entre los cero (0) y sesenta y cinco (65) años, dependiendo de cada una de las coberturas básicas o adicionales. Para las coberturas básicas y adicionales estipuladas en estas condiciones generales y /o mediante Anexo, los límites de edad quedan estipulados en cada uno de las coberturas.

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

I.-Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora 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 empresa aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato. Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la Aseguradora anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado.

Conforme los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

CLAÚSULA 11. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado perderá todo derecho a las indemnizaciones y la Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta Póliza cuando el Asegurado realice declaraciones que fueren falsas, inexactas o que contengan omisiones voluntarias, en la Solicitud de Seguro o cualquier otro documento que entregue a la Aseguradora respecto a hechos o circunstancias importantes para la apreciación y/o evaluación del riesgo al que se le dará cobertura.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurador no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave. El asegurador perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia. El asegurador tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligado el asegurador a pagar la indemnización. Si el seguro concerniera a varias cosas o personas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1137 del Código de Comercio. Si el contratante hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el asegurado dentro de los tres 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 el asegurador 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.

En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieran noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor del asegurador

las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero.

CLÁUSULA 12. PRIMAS

El monto de la prima a pagar es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los Asegurados del Grupo Asegurado en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha. Las primas se pagarán al momento de la celebración del contrato. El Asegurado podrá optar por las modalidades de pago anual, semestral, trimestral y mensual.

CLÁUSULA 13. PERÍODO DE GRACIA

El Contratante dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la Póliza, si el pago no es efectuado, el contrato cesará en sus efectos automáticamente. En el caso que se pacten pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado período de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes. En caso de siniestro, La Aseguradora deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

CLÁUSULA 14. RENOVACIÓN

La prima vencerá el día que se indica en las Condiciones Particulares a las 12:00 horas del mediodía, podrá ser renovada por otro período igual y bajo las mismas condiciones o aquellas que establezca la Compañía, siempre que el Asegurado lo solicite por escrito y pague la prima correspondiente, pero la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta póliza al final de cada vencimiento, pero la Aseguradora deberá comunicar al Asegurado este hecho, con quince (15) días de anticipación, con acuse de recibo.

CLÁUSULA 15: INDISPUTABILIDAD

En los seguros de la vida es ilícita la cláusula de disputabilidad, por la que la Aseguradora renuncia a impugnar la póliza, desde su emisión, a no ser por motivos derivados de falsas declaraciones que modifiquen esencialmente el riesgo.

Conforme lo dispuesto en el artículo 1261 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 16: SUICIDIO

Luego de transcurridos dos (2) años consecutivos de cobertura de un Asegurado dentro de la Póliza, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada en caso de fallecimiento por suicidio en cualquier estado mental del Asegurado.

La Aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

Conforme lo dispuesto en el artículo 1255 del Código de Comercio

CLÁUSULA 17. BENEFICIARIOS

Para la cobertura de Vida, el Asegurado puede nombrar uno o más beneficiarios en el Certificado Individual y tiene derecho a cambiarlos cuantas veces lo desee, sin necesidad del consentimiento de los mismos, excepto en el caso de beneficiarios irrevocables, ni del contratante de la Póliza, quien, en su caso, solamente puede tener conocimiento del cambio.

El contratante no puede nombrar beneficiarios ni ser designado como tal, ni debe ceder los derechos de la suma asegurada.

CLÁUSULA 18. VIGENCIA

La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual y termina en la fecha fin de vigencia del Certificado Individual.

La Póliza es de Vigencia Anual.

CLÁUSULA 19. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- 1. Si el Asegurado o el (los) beneficiario (s) involucrado (s) presenta (n) una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.**
- 2. 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 excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación la documentación de que trata el siguiente párrafo.**

La Aseguradora 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.

- 3. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas, y Anexos de la Póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.**

CLÁUSULA 20. OTROS SEGUROS

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

Los contratos de seguros de que trata el primer párrafo de esta cláusula celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido en proporción y dentro de los límites de la suma que hubiere asegurado cada una de ellas.

El asegurador que pague en el caso del párrafo anterior, podrá repetir contra todos los demás en proporción de la suma respectivamente asegurada.

Si alguno de los seguros se rigiere por derecho extranjero, el asegurador que pueda invocarlo no tendrá la acción de repetición si su propia ley no establece la solidaridad pasiva de la indemnización debida por el siniestro.

CLÁUSULA 21. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El asegurado y/o El contratante deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Para los efectos del párrafo anterior se presumirá siempre:

I.-Que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; y

II.-Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emana de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Conforme los artículos 1144 y 1145 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 22. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE, EL ASEGURADO Y EL (LOS) BENEFICIARIO(S) EN CASO DE RECLAMACIÓN

El Contratante, el Asegurado y el (los) beneficiario (s) están obligados a:

- a) Rendir con exactitud y veracidad cualquier declaración requerida por La Aseguradora de manera que pueda comprobarse el derecho a un beneficio con respecto a las coberturas, y
- b) Suministrar cualquier documentación que La Aseguradora pueda requerir para su comprobación.

CLÁUSULA 23. PAGO DE SINIESTROS

En caso de fallecimiento, el o los Beneficiarios deben dar aviso por escrito a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro, indicando la fecha, hora y circunstancias que lo produjeron.

El o los Beneficiarios, deberán comprobar el reclamo, utilizando el formulario que para tal objeto proporciona la Aseguradora y de acuerdo con las instrucciones contenidas en el mismo. De igual manera, éstos estarán obligados a presentar a la Aseguradora, cualquier otro documento que se les requiera con el objeto de comprobar el reclamo.

El o los Beneficiarios proporcionaran los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación debidamente completado.
2. Póliza original.
3. Acta de Defunción original.
4. Copia de la Tarjeta de identidad y su original para verificación.
5. Constancia o parte del Ministerio Público (en caso de muerte no natural).
6. Fotocopia de la Tarjeta de Identidad del Asegurado fallecido.
7. Tarjeta de Identidad original de los Beneficiarios mayores de edad. En caso de existir Beneficiarios menores de edad, se requerirá copia de la partida de nacimiento y Certificación de Tutoría Legal.
8. Cualquier otro documento que la Aseguradora estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del siniestro.

CLÁUSULA 24: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización se realizará en las oficinas centrales de la Aseguradora dentro de los sesenta (60) días a partir del recibo de la documentación solicitada por la Aseguradora y conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA 25: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este Contrato de Seguro termina por las siguientes causas:

1. Cumplida la fecha de culminación de la vigencia de la póliza.
2. Por falta de pago de la prima después del período de gracia.
3. Cuando el Asegurado cancele por escrito la Póliza.
4. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

CLÁUSULA 26: REPOSICIÓN

La Aseguradora tendrá la obligación de expedir, a solicitud y a costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta.

Conforme el artículo 1117 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 27: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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.

Conforme lo dispuesto en los artículos 1156 y 1159 del Código de Comercio.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores conforme lo indicado en el artículo 1158 del Código de Comercio.

CLAUSULA 28: COMUNICACIONES

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Aseguradora llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deben enviarse a la empresa aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora debe hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador. Salvo pacto expreso en contra, que constará por escrito, el aviso del siniestro podrá ser válido, dándolo a una oficina de la Aseguradora.

Si la empresa no cumpliera con la obligación de que trata el párrafo anterior, no podrá hacer uso de los derechos que el contrato o la ley establezcan para el caso de la falta de aviso o de aviso tardío.

Conforme lo dispuesto en los artículos 1149 y 1150 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 29: MONEDA

Todos los pagos hechos por el Asegurado deben ser ejecutados en la moneda establecida en la Solicitud de Seguro. A su vez, es obligatorio para la Aseguradora atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

CLÁUSULA 30: CONTROVERSIA

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus contratantes 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 auto arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada según sea el caso, la Comisión no podrá pronunciarse en caso de litigio salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

Conforme lo establecido en el Artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA 31: MODIFICACIONES

Las condiciones especiales que se agreguen en las condiciones generales del contrato deberán, en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente a los contratantes, sujetándose a normas de aplicación uniformes que tenga cada institución; sin embargo, en caso de controversias entre las condiciones generales y especiales prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del seguro.