

SEGURO DE VIDA FINSOL
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 institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes calendario 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.

SECCION 1: COBERTURA

A. COBERTURA DE FALLECIMIENTO

La Aseguradora se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada de esta cobertura según se indica en las Condiciones Particulares, en caso que ocurra el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, a causa de enfermedad o accidente sujeto a las exclusiones, limitaciones y demás condiciones establecidas en esta póliza.

En caso de producirse el fallecimiento del Asegurado mientras se estén abonando las rentas mensuales por Invalidez Total y Permanente, se descontará de dicha suma los montos que se hubieran pagado por esta cobertura. En caso de que se haya indemnizado al Asegurado en concepto de la cobertura de Anticipo por Enfermedad Terminal, se descontará dicho monto anticipado de la indemnización que se deba pagar por fallecimiento.

B. COBERTURA DE GASTOS FUNEBRES

La Aseguradora se compromete a pagar a los beneficiarios una suma adicional, según se indica en las Condiciones Particulares, en concepto de gastos fúnebres ante la ocurrencia del fallecimiento del Asegurado amparado por la cobertura básica, hasta el límite consignado en las Condiciones Particulares.

La suma asegurada de esta cobertura es adicional a la pagadera por la cobertura básica de fallecimiento.

C. COBERTURA DE ANTICIPO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Aseguradora pagará al Asegurado el 100% de la Suma Asegurada que se debiera pagar por la cobertura básica de fallecimiento, descontando el Anticipo por Enfermedad Terminal en caso que se hubiera pagado, si el Asegurado sufre durante el período de vigencia de la cobertura la invalidez total y permanente a causa directa de una enfermedad o accidente cubierto, por un período comprobable mayor a seis (6) meses. La Aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura en doce (12) mensualidades iguales a partir del séptimo mes de invalidez total y permanente comprobada.

Cuando lo estime necesario, la Aseguradora podrá exigir comprobación de que continúa el estado de invalidez total y permanente del Asegurado. Si éste se niega a esa comprobación, o se comprueba que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente; cesará el pago de las rentas mensuales sucesivas.

Se considerará específicamente como invalidez total y permanente; la pérdida:

- a. Absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos
- b. De una mano y un pie conjuntamente
- c. De ambas manos o de ambos pies
- d. Total de una mano o un pie y la vista de un ojo.

Esta cobertura es pagadera como anticipo de la cobertura básica de fallecimiento, por lo tanto, las cantidades pagadas en concepto de esta cobertura reducen el monto a pagar de la cobertura básica de fallecimiento.

D. COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

La Aseguradora pagará el monto de la renta diaria contratada por el Asegurado en caso que sea hospitalizado a causa de enfermedad o accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia de la póliza. Esta cobertura tiene un deducible de un (1) día de hospitalización, es decir, que la renta

contratada se pagará a partir del segundo día de hospitalización, salvo se especifique otro deducible en las Condiciones Particulares. Se contarán las noches en que el Asegurado duerma en el hospital para la indemnización correspondiente. La cobertura máxima es de 30 días al año póliza, continuos o no, salvo se especifique otra cosa en las Condiciones Particulares.

Durante los primeros 30 días de vigencia de la cobertura no se cubrirán los gastos por hospitalización en caso de enfermedad.

E. COBERTURA DE ADELANTO POR ENFERMEDAD TERMINAL

La Aseguradora pagará al Asegurado el 50% de la Suma Asegurada que correspondiera pagar por la cobertura básica de fallecimiento, en caso que el Asegurado sea diagnosticado durante la vigencia de la póliza por primera vez con una Enfermedad Terminal bajo las siguientes condiciones.

- a. Que la enfermedad no resulte de lesiones que se cause así mismo el asegurado incluyendo tentativa de suicidio o a consecuencia de alcoholismo o consumo de bebidas embriagantes, uso de drogas, estupefacientes y psicotrópicos.
- b. Que la enfermedad que origine esta indemnización, se presente después de los seis (6) meses de vigencia del asegurado en la póliza.
- c. Que las posibilidades de vida del asegurado sean menores a doce meses, según dictamen médico.
- d. Que el diagnóstico de la enfermedad terminal cumpla con la definición establecida en la sección de definiciones de la póliza.

Aprobado por la Aseguradora y efectuado el pago correspondiente al Asegurado, la póliza continuará en vigencia por el beneficio de muerte y los otros beneficios adicionales si los tuviera. Diagnosticada la enfermedad terminal cubierta por esta cobertura, el monto asegurado por el riesgo de muerte no podrá aumentarse por ninguna causa.

En caso que se hubieran realizado pagos en concepto de la cobertura de Anticipo por Invalidez Total y Permanente y el saldo remanente por pagar sea menor al 50% de la cobertura básica de

fallecimiento, será dicho monto remanente el que se anticipará en concepto de esta cobertura, y en este caso producirá la terminación de la póliza para el Asegurado.

SECCION 2: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre cuando la causa del fallecimiento sea:

- a. Suicidio, automutilación, o autolesión o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. No obstante, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la última fecha de ingreso a la póliza, o desde el aumento de capital ASEGURADO. En éste último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital ASEGURADO.
- b. Actos de terrorismo perpetuados o cometidos por una o más personas que sean o no miembros de una organización o que tengan alguna conexión o se motiven por hostilidades, acciones u operaciones de guerra, invasión o actos de enemigo extranjero haya o no declaración o estado de guerra, revolución, rebelión, insurrección, conspiración u otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del país, aunque no sean a mano armada en poder militar o usurpación de poder, o en la administración o gobierno de cualquier territorio o zona del país en estado de sitio o bajo control de autoridades militares o en confiscación que requiera por cualquier poder civil o militar.
- c. Participación activa del Asegurado en actividades propias del crimen organizado, delincuencia organizada, narcotráfico y el lavado de activos de acuerdo con lo establecido en el Ley Espec. Contra el Lavado de Activos.
- d. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, que atente contra la vida del Asegurado por un Beneficiario o quien pudiese reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- e. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva de sustancias químicas o biológicas.
- f. A causa de enfermedades preexistentes o lesiones corporales ocurridos antes de la fecha de vigencia de esta cobertura.

La Aseguradora no cubrirá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- g. Cuando el Asegurado actúe como piloto o pasajero en algún vehículo que participe en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad;
- h. Accidentes que se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente;
- i. Accidentes causados por trabajos en fábricas de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos u otras, donde se utilicen sustancias combustibles, tóxicas del petróleo y gas, o explosivas;
- j. Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de las leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes;
- k. Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el Asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
- l. Accidentes ocurridos por la participación del Asegurado en homicidio o acciones dolosas de cualquier tipo, y cuando el Asegurado esté involucrado en actividades violatorias de la ley y contra su propia vida.
- m. Cuando el Asegurado cometa infracciones tipificadas y calificadas como “muy grave” conforme a lo dispuesto en Ley de Tránsito de Honduras.
- n. La ingesta de bebidas alcohólicas en una cantidad superior a la escala internacional prohibitiva a que se refiere la ley de penalización de la embriaguez habitual o por el consumo de sustancias psicotrópicas.
- o. Cualquier enfermedad mental.

La cobertura de Enfermedad Terminal no se concederá cuando dicha enfermedad se deba a alguna de las causas enumeradas anteriormente (numeral ‘a’ al ‘o’). Esta cobertura tampoco será concedida cuando la Enfermedad Terminal ocurra a consecuencia de Alcoholismo, Drogadicción y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

La Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización no se concederá cuando la hospitalización se deba a alguna de las causas enumeradas anteriormente (numeral ‘a’ al ‘o’).

Se excluyen también de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización los siguientes casos o causas:

p. Heridas o enfermedades Pre existentes

q. Enfermedades Congénitas

r. Trastornos psiquiátricos, trastornos crónicos

s. Tratamientos dentales, tratamientos ópticos de rutina, cirugías cosméticas, procedimientos no necesarios

t. Embarazo

SECCION 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte del Contrato Completo entre la Aseguradora y el Asegurado, estas Condiciones Generales, sus Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro y en los casos que aplique; las declaraciones de Asegurado en el Formulario de Suscripción y/o Declaración de Salud, así como los endosos que se anexen.

SECCION 4: DEFINICIONES

ASEGURADO: Persona natural amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en la Caratula de la póliza y que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptado por la Aseguradora. Asimismo, tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este contrato de seguro, además de firmar como responsable en la solicitud.

ASEGURADORA: Seguros Atlántida, S.A., quien asume los riesgos y se obliga en virtud de las coberturas efectivamente contratadas definidas en la presente Póliza.

ACCIDENTE: Es el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del Asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas médicamente comprobadas.

BENEFICIARIO: Persona designada en la póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establece.

CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, que recoge los principios básicos que regulan el contrato de seguros, como son los derechos, obligaciones, coberturas y exclusiones de las partes contratantes.

CONDICIONES PARTICULARES: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguros, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Asegurado, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos, límites de edad, cláusulas especiales, exclusiones y deducibles.

ENFERMEDAD: Es cualquier alteración de la salud de una persona, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Cualquier enfermedad que existe con anterioridad al inicio de la cobertura del seguro para cada Asegurado, respecto del cual:

- a) Un médico hubiere determinado su existencia mediante un diagnóstico, o hubiere prescrito o recomendado un tratamiento; o
- b) Que por sus síntomas, signos o manifestaciones no pudieron haber pasado desapercibidos por el Asegurado o hubieren presentado manifestaciones o sintomatologías de quebrantos en la salud del Asegurado, que hubieren llevado a cualquier persona normalmente diligente en la conservación de su salud a consultar a un médico; o
- c) Que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento sea determinada como tal por un médico.
- d) Que ya se han erogado gastos por esa enfermedad

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, que puede ser determinada por los médicos y que es de carácter progresivo e incurable, llevando a la muerte inevitablemente en un

determinado lapso de tiempo no mayor a un (1) año y que sea a causa de alguna de los siguientes diagnósticos:

Cáncer, Insuficiencia Renal, Accidente Cerebro Vascular, Infarto al Miocardio, Enfermedades de las Arterias Coronarias

HOSPITAL: Todo establecimiento público o privado que este legalmente autorizado y registrado ante el organismo competente, que reúna las condiciones exigidas para atender enfermos y que este supervisado por médicos autorizados para ejercer la profesión.

HOSPITALIZACION: se entiende por hospitalización la admisión y estancia en un hospital por lo cual el Asegurado incurra en gastos diarios por concepto de cuarto y alimentación. El Asegurado debe demostrar que dicha hospitalización fue necesaria para la atención de una enfermedad o accidente.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Será aquella sufrida a consecuencia de lesión corporal a causa directa de un accidente cubierto, que impiden en absoluto al asegurado dedicarse a cualquier negocio u ocupación y a desempeñar trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos, y que haya persistido sin interrupción por un período no menor de seis (6) meses (la incapacidad de tal duración se considerará como permanente únicamente con el fin de poder determinar la fecha en que principia las obligaciones que se asume en este contrato). Se considera como incapacidad total y permanente el estado de invalidez que le sobrevenga a un Asegurado menor de sesenta (60) años de edad.

LESIÓN: Es un daño corporal, enfermedad o dolencia, incluyendo cuidado requerido, pérdida de servicios o muerte que resulte, causados exclusivamente por Accidente.

MÉDICO: Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. Para todos los efectos, no será considerado como Médico: i) el Asegurado; ii) Su cónyuge; iii) Una persona que sea Miembro de la Familia del Asegurado o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.

PERDIDA TOTAL: La amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. Entendiéndose por amputación de una mano o un pie su separación a nivel de la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente, o arriba de ello.

PRIMA: Contraprestación que, en función del riesgo debe pagar el Asegurado a la Aseguradora en virtud de la celebración del contrato.

SINIESTRO: Acontecimiento futuro e incierto mediante el cual se materializa el riesgo objeto de este contrato de seguro y del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la Aseguradora.

SUMA ASEGURADA: Es el valor económico que se define por el Asegurado en la solicitud de seguro para cada persona asegurada que se adhiere al contrato, y que es determinante para que la Aseguradora establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro. Corresponde a la suma máxima que pagará la Aseguradora en concepto de siniestros durante la vigencia de la póliza para una o varias coberturas.

SECCION 5: LIMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite máximo de Responsabilidad de la Aseguradora será igual a la suma estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza, sujeto a lo establecido en las condiciones particulares y generales de este contrato.

SECCION 6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a La Aseguradora, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora 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 Asegurado haya obrado con dolo o con culpa grave.

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

La Aseguradora 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 obligada la Aseguradora a pagar la indemnización.

Si el seguro concerniere 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 Asegurado 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 (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por la Aseguradora o antes que ésta haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

Se estará además a lo dispuesto en el Artículo 1142 del Código de Comercio.

SECCION 7: PAGO DE PRIMA

La prima vence en la fecha de celebración del contrato y su pago debe acreditarse por medio de un recibo auténtico de la Aseguradora; los efectos de la Póliza cesarán automáticamente treinta (30) días después

de la fecha de vencimiento de la prima. El Asegurado puede optar por pagar la Prima de forma anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del Contrato.

La prima especificada en las condiciones particulares será cargada a la cuenta de ahorros que el cliente seleccione. Estos cargos serán efectuados hasta que el cliente notifique por escrito que cancelen su autorización para realizar los cargos. La Aseguradora no está obligada a aceptar pagos voluntarios en sus oficinas o agencias.

SECCIÓN 8: VIGENCIA

Este Contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en las condiciones particulares de esta póliza. El inicio de vigencia será a partir de las 12:00 horas del primer día del período de seguro contratado y la terminación de vigencia será a las 12:00 horas del último día del período de seguro contratado, o antes, en los casos de terminación o rescisión previstos en esta póliza.

SECCION 9: BENEFICIARIOS

El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de esta Póliza, puede cambiar el beneficiario o beneficiarios, sin necesidad del consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a la Aseguradora o bien directamente en cualquier sucursal de la Institución Intermediaria y que la Aseguradora haga constar el cambio en el certificado correspondiente.

La sustitución de beneficiarios será registrada en la Oficina Principal de la Aseguradora. Una vez registrada, surtirá efectos desde la fecha de la notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Aseguradora por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

Si hubiesen varios beneficiarios principales designados y alguno de ellos muriese antes que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá únicamente entre los beneficiarios sobrevivientes, en la siguiente forma: a) por partes iguales si no se hubiera señalado cuota; y, b) en proporción a sus

respectivas cuotas en caso de haberlas. En caso que no sobreviviese ningún beneficiario principal, la indemnización se pagará a los beneficiarios contingentes. Todo ello sin perjuicio de pacto en contrario. Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado, o si éste hubiese fallecido sin haber designado beneficiarios, la suma asegurada se pagará a quienes fueron declarados judicialmente herederos del Asegurado.

SECCION 10: AGRAVACION DEL RIESGO

Si el Asegurado cambia de ocupación, inicia la práctica de algún deporte o inicia la exposición a un riesgo modificando las condiciones de su contrato inicial, deberá avisar por escrito a La Aseguradora, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se exponga.

Si el Asegurado no avisa por escrito a La Aseguradora sobre los cambios mencionados anteriormente y si dicha agravación influye en el siniestro, La Aseguradora no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo; sin embargo, el contrato subsistirá si se prueba que la Aseguradora las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones. El Asegurado pagará a la Aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

SECCION 11: AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario, tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá de ponerlo en conocimiento de la Aseguradora.

Salvo disposición contraria en el Código de Comercio, o en la ley orgánica respectiva, el Asegurado o el Beneficiario gozará de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso. La falta de éste permitirá disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente; si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del siniestro, La Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones como tal.

En todos los casos se deberán presentar los siguientes documentos en original:

1. Copia de la tarjeta de identidad y certificado original del acta de nacimiento del Asegurado.

2. Certificado original del acta de defunción.
3. Certificación médica, expedida por el médico que atendió al Asegurado en su última enfermedad o por las consecuencias de accidente, según sea la causa de fallecimiento
4. En caso de accidente, certificación o parte de la autoridad competente que tomó nota en el momento de los hechos.
5. Copia de la tarjeta de identidad y certificación original del acta de nacimiento de los Beneficiarios.
6. Certificación de tutoría legal (en caso de Beneficiarios menores de edad).

Invalidez Total y Permanente

En caso de reclamo de la cobertura de Anticipo por Invalidez Total y Permanente, el Asegurado o su representante deberán suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- a. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado;
- b. En el caso de que el asegurado cuente con cobertura del Instituto Hondureño de Seguridad Social, el asegurado debe presentar el dictamen original de dicho instituto y/o el dictamen médico colegiado conforme a las políticas internas de la Aseguradora. Cuando el Asegurado no sea afiliado al IHSS, se considerará solamente el dictamen médico colegiado definido por la Aseguradora.
- c. Historia clínica y exámenes complementarios según lo requiera la Aseguradora.

Renta Diaria Por Hospitalización

En caso de reclamo de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización, el Asegurado o su representante deberán suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- a. Facturas y/o recibos originales de los gastos efectuados que comprueben la hospitalización
- b. Certificado de Alcoholemia, dado el caso que corresponda.
- c. Certificación de ingreso y salida del hospital.

Enfermedad Terminal

En caso de reclamo de la cobertura de Enfermedad Terminal, el Asegurado o su representante deberán suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

a. Dar aviso a la Aseguradora de la existencia de la enfermedad terminal presentando para ello el diagnóstico de su enfermedad, confirmado mediante pruebas clínicas, radiológicas, histológicas o de laboratorio.

b. Suministrar las pruebas de que su expectativa de vida sea de doce (12) meses o menos desde el diagnóstico. Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su cónyuge, ni una persona que conviva con él, ni por familiares hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad inclusive.

La Aseguradora tendrá derecho a:

a. Que el médico nombrado para tales efectos por la Aseguradora valore a satisfacción todas las pruebas aportadas por el Asegurado.

b. Solicitar en forma complementaria las pruebas que considere necesarias para valorar el reclamo.

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.

La Aseguradora no está obligada al pago de las prestaciones establecidas en este seguro si el Asegurado o sus Beneficiarios no han presentado la información indicada en esta Sección.

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas 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 de que trata el párrafo anterior.

SECCION 12: TERMINACION ANTICIPADA

El Asegurado podrá dar por terminado el presente Contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a La Aseguradora, dentro de los 15 días previos a la fecha en que cesará el Contrato. Dado el caso, el Asegurado, tendrá derecho a recuperar la prima pagada no devengada, sin incluir gastos y derechos de póliza. En caso de existir algún siniestro ocurrido durante la vigencia de la

póliza no habrá devolución de primas al asegurado Asegurado.

Este seguro terminará para el Asegurado, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Solicitud de cancelación por parte del asegurado Asegurado.
- b) Modificación del riesgo u ocupación de forma que no sea aceptable para la Aseguradora o las nuevas condiciones no sean aceptadas por el asegurado Asegurado.
- c) Por falta de pago o cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago, este contrato de seguro no podrá ser rehabilitado.
- d) Por fallecimiento del Asegurado.
- e) Cuando el Asegurado cumpla los setenta (70) años de edad.
- e) Por cancelación de la Cuenta de Ahorros de la cual se cobra la prima de la Póliza.
- f) Por cualquier causa debidamente justificada por la Aseguradora según los casos previstos por la Ley.

SECCIÓN 13: RENOVACION

Esta Póliza se renovará automáticamente en la fecha de vencimiento bajo la condición que se encuentre al día en los pagos de la prima. La tarifa que aplique en la renovación será la que corresponda de acuerdo a las condiciones vigentes al momento de la renovación.

La póliza no se renovará cuando el Asegurado haya cumplido una edad superior a la edad máxima de permanencia en la fecha de renovación. En caso de que le sean cobradas primas luego de esta edad, la Aseguradora únicamente está obligada a devolver el 100% de las primas cobradas.

SECCION 14: PRESCRIPCION

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 párrafo 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.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 1133 del Código de Comercio.

SECCION 15: CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre La Aseguradora y el Asegurado 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 laudo arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada según sea el caso, la Comisión no podrá pronunciarse en caso de litigio o arbitraje salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

SECCION 16: COMUNICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a La Asegurado en el domicilio de la misma indicado en la carátula de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Asegurado.

Los comunicados que La Aseguradora deba hacer al Asegurado los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento, y para tener validez deberán tener el acuse correspondiente.

SECCION 17: TERRITORIALIDAD

La presente Póliza cubre al Asegurado en cualquier país del mundo.

SECCION 18: SUICIDIO

En caso de fallecimiento de un Asegurado por suicidio en cualquier estado mental dentro de los dos años siguientes a la fecha de inscripción ininterrumpida, la Aseguradora solamente quedara obligada a devolver al beneficiario las primas que este hubiere pagado durante el año póliza en que ocurre el evento. Después de transcurridos dos años de inicio de la vigencia, la Aseguradora pagará la suma asegurada correspondiente.

SECCION 19: EDAD

La Aseguradora establece para este seguro una edad mínima y máxima de admisión, estableciendo así un rango de edad en que según los criterios de riesgo de la Aseguradora la persona puede contratar el seguro. Podrán ingresar a la póliza aquellos asegurados que tengan entre 21 y 64 años de edad cumplidos y satisfaga los demás requisitos de asegurabilidad establecidos por política de la Aseguradora. La Aseguradora también establece una edad máxima de permanencia en la póliza, es decir, la edad máxima en que la Aseguradora renovará el seguro sujeto a las demás condiciones de renovación aplicables. La edad máxima de permanencia en este seguro es de 70 años. Esta edad aplica para las coberturas de fallecimiento y gastos fúnebres. Luego de esta edad la póliza no se renovará y en caso de que le sean cobradas primas luego de esta edad la Aseguradora solo está obligada a devolver el 100% de las primas cobradas.

Las Coberturas de Renta Diaria por Hospitalización, Enfermedad Terminal y Anticipo por Invalidez Total y Permanente tienen permanencia hasta la edad de 60 años de edad del Asegurado.

SECCION 20: PERIODO DE GRACIA

Es el plazo de 30 días calendario otorgado por la Aseguradora, contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, dentro del cual la cobertura se mantendrá vigente, sujeto al pago de la prima durante el periodo de gracia.

Si al terminar el periodo de gracia la prima vencida no ha sido pagada o no han sido presentados los recibos de la prima reclamada, esta caducará sin necesidad de aviso o declaración especial. Los efectos del Contrato cesarán retroactivamente automáticamente a las 12:00 horas de la fecha de vencimiento en que la prima debió haber sido pagada.

SECCION 21: REHABILITACION

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Asegurado podrá proponer su rehabilitación a la Aseguradora, siempre y cuando cumpla las siguientes condiciones:

- a) Que el Asegurado lo solicite por escrito.
- b) Que el Asegurado reúna los requisitos de asegurabilidad relativos a su estado de salud, edad y ocupación que la Aseguradora requiera.
- c) Pagar el importe del ajuste correspondiente al periodo comprendido desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación. El contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que la Aseguradora comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación.

SECCION 22: INDISPUTABILIDAD

El presente contrato se basa en las solicitudes del Asegurado. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aun cuando no fueran escritos por el mismo. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificaciones si la Aseguradora hubiese conocido el verdadero estado de riesgo, toma nulo el contrato.

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias, cuya pregunta no conste expresa y claramente en la propuesta y en la declaración personal del presente seguro.

El presente artículo tiene validez durante los dos primeros años de cobertura. A partir del comienzo del tercer año de cobertura interrumpida el presente artículo queda nulo y sin valor alguno.

SECCION 23: VALORES GARANTIZADOS

Esta póliza no genera ningún tipo valor de rescate o dividendo ni valores de seguro saldado o prorrogado.

SECCION 24: DISPOSICIONES GENERALES

1. OTROS SEGUROS BAJO ESTE PLAN

Una persona asegurada no puede estar cubierta bajo más de una póliza del plan, si el asegurado tiene más de una póliza, la Aseguradora considerará que está persona está únicamente asegurada bajo la primera póliza emitida. La Aseguradora devolverá cualquier pago de prima que dicha persona haya hecho por duplicado.

2. MODIFICACIONES

Toda modificación al contrato, deberá de ser solicitado por escrito a la Aseguradora, y para su validez deberá ser aceptada mediante endoso firmado por funcionario autorizado de la Aseguradora que se agregará a la póliza y si procede, actualizará las Condiciones Particulares de la póliza. Los agentes o cualquier otra persona de la Aseguradora, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

