

## **SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA TRANQUILIDAD FAMILIAR**

### **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 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.*

#### **CLÁUSULA 1: COBERTURA**

La presente póliza está asociada a una obligación crediticia y ampara el fallecimiento o la incapacidad total y permanente del Asegurado en su calidad de deudor de una entidad financiera. Asimismo, la póliza incluye de forma adicional una cobertura de gastos funerarios y servicios de asistencia complementarios de acuerdo con lo establecido en las presentes condiciones.

##### **A. COBERTURA DE FALLECIMIENTO**

Si el Asegurado fallece por una causa no excluida, la Aseguradora pagará a los beneficiarios correspondientes la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares.

La Aseguradora no amparará el evento si el fallecimiento ocurre dentro de los dos (2) años siguientes de la contratación del seguro, cuando se deba a suicidio, SIDA, neoplasma maligno o a una condición preexistente.

En caso de muerte por accidente el pago se realizará siempre que el fallecimiento ocurra inmediatamente o dentro de los ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.

##### **B. COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

La Aseguradora pagará a los beneficiarios correspondientes la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, si durante la vigencia el Asegurado es diagnosticado con una incapacidad total y permanente a consecuencia directa de un accidente o enfermedad cubiertos.

El pago se realizará una vez transcurridos seis (6) meses contados a partir del diagnóstico de la incapacidad; el objetivo de dicho plazo es comprobar que la incapacidad ha persistido.

Los siguientes casos de incapacidad total permanente están exentos del periodo de espera mencionado anteriormente:

- La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos.
- La pérdida de ambas manos o ambos pies.
- La pérdida de una mano y un pie conjuntamente.
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Se entiende por pérdida de las manos y pies, la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado, entendiéndose así, la separación a nivel de la articulación de la muñeca o tobillo, respectivamente, o arriba de ello.

### **C. COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS**

La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares, si el Asegurado fallece por una causa no excluida durante la vigencia.

El monto a indemnizar bajo esta cobertura es adicional a la suma asegurada que se indemnizará bajo la Cobertura de Fallecimiento.

### **D. SERVICIO DE ASISTENCIA**

El grupo familiar podrá contar con los siguientes servicios de asistencia:

- a. **Teledoctor y orientación médica telefónica:** El miembro del grupo familiar se pondrá en contacto con un médico general a través de la aplicación tecnológica (App) llamada “Teledoctor”, disponible para los sistemas operativos iOS y Android; o bien, vía telefónica, para que este le brinde orientación en la utilización de medicamentos, sobre síntomas o molestias que le estén aquejando, recomendaciones médicas y farmacéuticas en general e interpretación de exámenes de laboratorio.
- b. **Orientación telefónica:** A solicitud de un miembro del grupo familiar, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto, vía telefónica, con un profesional calificado, con el fin de brindarle orientación nutricional o psicológica.
- c. **Servicios de coordinación:** A solicitud de un miembro del grupo familiar, a consecuencia de un accidente o enfermedad, la prestadora de servicios le brindará y coordinará la cita en consultorio de un médico general, la cita en un laboratorio para la realización de un examen de hematología completa y, en caso de emergencia, el traslado terrestre en ambulancia, únicamente desde el lugar de la emergencia hasta el hospital más cercano.

#### **Límites:**

**Cita en consultorio con médico general:** Seis (6) citas durante la vigencia por grupo familiar, con un límite máximo de cobertura de cincuenta dólares americanos (USD \$50.00) por cita.

**Hematología completa:** Un (1) examen durante la vigencia por grupo familiar, con un límite máximo de cobertura de veinticinco dólares americanos (USD \$25.00). El servicio está sujeto a un periodo de carencia de tres (3) meses.

**Traslado terrestre en ambulancia:** Tres (3) traslados durante la vigencia por grupo familiar, con un límite máximo de cobertura de ciento cincuenta dólares americanos (USD \$150.00) por traslado.

- d. **Limpieza dental preventiva:** A solicitud de un miembro del Grupo familiar, la prestadora de servicios le brindará y coordinará la cita en consultorio con un odontólogo para la realización de una limpieza dental.

**Límite:** Dos (2) limpiezas dentales durante la vigencia por grupo familiar, con un límite máximo de cobertura de cincuenta dólares americanos (USD \$50.00) por limpieza. Cada servicio tendrá un cargo fijo a pagar por parte del grupo familiar de cinco dólares americanos (USD \$5.00) por limpieza dental. Este servicio está sujeto a un periodo de carencia de cuarenta y cinco (45) días calendario, y entre cada evento, se tendrá un tiempo de espera de seis (6) meses si la limpieza fuera solicitada para la misma persona.

#### **CONDICIONANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA**

- a. Todos los servicios serán brindados por los proveedores de la prestadora de servicios más cercanos al domicilio o ubicación del grupo familiar, sujeto a disponibilidad en la localidad.
- b. El servicio de Teledoctor y orientación telefónica con médico general, nutricionista y psicólogo serán brindados sin límite de eventos durante la vigencia.
- c. Los servicios de coordinación deberán ser previamente autorizados por un médico general a través de una orientación médica telefónica o Teledoctor.
- d. Para todo servicio de orientación telefónica con nutricionista o psicólogo:
- Será brindado en horario hábil.
  - La orientación no podrá exceder de treinta (30) minutos por llamada.
- e. Para todo servicio de cita en consultorio con médico general, odontólogo o hematología completa:
- La cita será brindada en horario hábil.
  - Al presentarse en el consultorio del profesional, el miembro del grupo familiar deberá mostrar la carta de confirmación que le enviará la prestadora de servicios, así como un documento de identificación vigente.
  - En caso de no contar con la disponibilidad de los proveedores, se autorizará el servicio por reembolso bajo costo R.A. El miembro del grupo familiar estará obligado a seguir las instrucciones y proporcionar los documentos necesarios y requeridos para realizar el reembolso.
- f. Se entiende que la orientación a través de Teledoctor o telefónica con el profesional de la salud no sustituye una consulta presencial. Por lo tanto, el profesional no tiene permitido diagnosticar, prescribir medicamentos, ni emitir constancias, dictámenes, informes o cualquier documento derivado de la orientación. La asistencia será utilizada exclusivamente con fines orientativos.
- g. En caso de cancelar un servicio asistencia solicitado, el miembro del grupo familiar deberá avisar a la prestadora de servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.
- h. El grupo familiar deberá remitir al personal de la prestadora de servicios todos los documentos o respaldos que se le soliciten y se ameriten para la coordinación de los servicios de asistencia.
- i. Cualquier costo que supere los montos máximos de cobertura establecidos en los servicios, o los costos derivados de solicitudes adicionales por parte del grupo familiar, deberán ser

pagados por este con sus propios recursos antes de la prestación del servicio, de acuerdo con las instrucciones proporcionadas por la prestadora de servicios.

- j. La prestadora de servicios estará exenta de cualquier responsabilidad en caso de que el grupo familiar manifieste su voluntad expresa de no requerir o no querer recibir el servicio recomendado por la prestadora de servicios; así como de cualquier acción que el grupo familiar lleve a cabo derivado de la no aceptación del servicio recomendado.

## **CLÁUSULA 2: EXCLUSIONES**

De forma general esta póliza no cubre las reclamaciones por alguna de las coberturas y el servicio de asistencia, que surjan por:

1. Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
2. Erupción volcánica, temblor o cualquier otro desastre natural.
3. Acción u omisión premeditada, intencional o por culpa grave del Asegurado o beneficiario.
4. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado o beneficiario.
5. Riñas o peleas.
6. Condición preexistente, suicidio o intento de suicidio, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Esta exclusión no será aplicable para la Cobertura de Fallecimiento a partir del tercer año de haber contratado la póliza.
7. Consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.
8. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: Actividades o deportes que requieran de medidas de seguridad o protección; Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial; Utilización de motocicletas acuáticas o terrestres no utilizadas como medio de transporte usual; Portación o empleo de armas, municiones, explosivos o sustancias químicas; Prestación de servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.
9. Realización de deportes que generen una agravación de riesgo, como: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, espeleología, motonáutica y cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

Adicionalmente la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente no ampara siniestros por:

1. Embarazos, abortos o sus complicaciones, a menos que el aborto o complicación sea a consecuencia de un accidente.
2. Incapacidad de origen nervioso o psicológico, incluyendo ataques epilépticos o sus secuelas.
3. Incapacidad surgida por tratamientos médicos o cirugías estéticas.
4. Lesiones provocadas por armas cortantes, punzantes o de fuego.

Exclusiones específicas del servicio de asistencia:

1. Medicamentos o procedimientos médicos diferentes a la evaluación clínica.
2. Bajo el servicio de traslado terrestre en ambulancia quedan excluidos los traslados interhospitalarios, del hospital hacia el domicilio del grupo familiar o del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorios, clínicas u otros.

3. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.
4. Enfermedades mentales.

### CLÁUSULA 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El contrato de seguro incluye las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, así como los endosos y anexos firmados en caso de que existan.

### CLÁUSULA 4: DEFINICIONES

**ASEGURADO:** Persona amparada por esta cobertura y debidamente registrada en las Condiciones Particulares.

**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:** Suceso involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecta al Asegurado, provocándole lesiones corporales determinables por un médico.

**BENEFICIARIO:** Persona a quien se le reconoce el derecho de percibir la totalidad o parte de la indemnización según lo indicado en las Condiciones Particulares.

**COMISIÓN NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS O CNBS:** Institución que tiene la responsabilidad de velar por la estabilidad y solvencia del sistema financiero y demás supervisados, su regulación, supervisión y control.

**CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, lesión o dolencia sobre las cuales se presentaron síntomas, se recibió tratamiento o cuidado, hayan sido diagnosticadas o estén en proceso de diagnóstico al momento de la contratación de la póliza.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Documento que emite la Aseguradora y contiene la información detallada sobre la póliza, datos del Asegurado, beneficiarios, prima, así como las coberturas adquiridas y sumas aseguradas.

**DOMICILIO:** Lugar de uso habitacional permanente y habitual del grupo familiar.

**ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por el Asegurado durante la vigencia, la cual es causada independientemente de hechos accidentales.

**ENTIDAD FINANCIERA:** Persona jurídica con quien el Asegurado mantiene una obligación financiera.

**GRUPO FAMILIAR:** Conjunto de personas formado por el Asegurado y sus dependientes entendiéndose por estos; su cónyuge o compañero(a) permanente y sus hijos menores de veintiún (21) años reportados, máximo tres (3), que dependan económicamente del Asegurado y que residan en el mismo domicilio que el Asegurado

**HORARIO HÁBIL:** Horario disponible para la prestación de algunos servicios de asistencia el cual se establece de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 pm. y sábado de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y no incluye feriados o asuetos.

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más del sesenta y cinco por ciento (65%) certificada médicamente, impidiéndole de forma permanente y total, desempeñar su profesión, actividad u oficio habitual, por un periodo continuo mayor a seis (6) meses.

**LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA DE ASISTENCIA:** Monto máximo de dinero que la prestadora de servicios amparará por la prestación de un servicio de asistencia.

**MÉDICO:** Persona con calificación en medicina y autorización legal para proveer servicios médicos o quirúrgicos en el área geográfica de su práctica. Se excluye al médico cuando es el mismo Asegurado, su cónyuge, o familiar hasta el tercer grado de afinidad o consanguinidad.

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

**PERIODO DE CARENCIA:** Tiempo posterior a la fecha en que el Asegurado contrata la póliza. Durante este periodo no se cubrirán reclamos o servicios de asistencia.

**PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa de servicios auxiliares que prestará el servicio de asistencia a través de su red de proveedores.

**R.A.:** Costo razonable y acostumbrado vigente, en el lugar donde se requiera el servicio o tratamiento médico del servicio de asistencia.

**SERVICIOS DE ASISTENCIA:** Grupo de servicios técnicos y/o profesionales que brinda la prestadora de servicios, con el fin de respaldar al grupo familiar en eventos amparados en las presentes condiciones. Para que la prestadora de servicios pueda autorizar los servicios de asistencia, el grupo familiar deberá solicitarlos brindando la información y documentación requerida siempre y cuando no incumplan aspectos de índole legal.

**SINIESTRO:** Ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente cobertura, obliga a la Aseguradora al pago de la suma asegurada o la prestación prevista contractual definida dentro de las Condiciones Generales.

## **CLÁUSULA 5: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD**

---

El límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora estará determinado por las sumas aseguradas establecidas en las Condiciones Particulares.

Las coberturas de fallecimiento e incapacidad total y permanente son excluyentes entre sí; únicamente se otorgará la indemnización correspondiente al primer evento cubierto que sea objeto de cobertura.

## **CLÁUSULA 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 periodo 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 concierniere 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.

A pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, la Aseguradora no podrá resolver el contrato en los casos siguientes:

- a. Si la Aseguradora provoca la omisión o inexacta declaración;
- b. Si la Aseguradora conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido;
- c. Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y
- d. Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la Aseguradora celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si el dato omitido quedase contestado con alguna otra declaración y ésta fuere omisa o inexacta en los hechos.

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

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

La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones si se comprobase que en el siniestro hubo dolo o culpa grave del Asegurado

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

---

#### **CLÁUSULA 7: PAGO DE PRIMA**

---

La prima del seguro es la establecida en las Condiciones Particulares y su pago se realizará mensualmente conforme al medio de pago aceptado por la Aseguradora y especificado en las Condiciones Particulares.

---

#### **CLÁUSULA 8: VIGENCIA**

---

La póliza tiene una vigencia de un (1) año a partir de la fecha y hora de su contratación según consta en las Condiciones Particulares, y se renovará anualmente por periodos iguales.

---

#### **CLÁUSULA 9: BENEFICIARIOS**

---

El Asegurado acepta expresamente en la Solicitud de Seguro y en las Condiciones Particulares que, ante la ocurrencia de un siniestro cubierto bajo la Cobertura de Fallecimiento o la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente, según corresponda, la indemnización será pagada en primer término a la entidad financiera designada como beneficiario preferente e irrevocable, hasta por el monto del saldo adeudado vigente a la fecha del siniestro, aplicándose dicho pago a la cancelación de la obligación financiera del Asegurado.

Para la Cobertura de Fallecimiento, el Asegurado podrá designar beneficiarios secundarios en la Solicitud de Seguro y en las Condiciones Particulares, a quienes se pagará en conjunto cualquier remanente de la suma asegurada que resulte una vez satisfecha la obligación con la entidad financiera.

En el caso de la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente, el remanente de la suma asegurada, de existir, será pagado directamente al Asegurado.

La indemnización correspondiente a la Cobertura de Gastos Funerarios será pagada a los beneficiarios designados por el Asegurado.

El Asegurado durante la vigencia de la póliza, puede cambiar su designación de beneficiarios, ante la Aseguradora. La sustitución de beneficiarios será registrada por la Aseguradora y surtirá efectos desde la fecha de la notificación.

A falta de designación de beneficiarios se pagará a los herederos legales del Asegurado.

---

#### **CLÁUSULA 10: AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

---

El Asegurado deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) 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 Aseguradora en lo sucesivo.

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

Se presumirá siempre que la agravación es esencial cuando: se refiere a un hecho importante para la apreciación del riesgo, que, de haberlo conocido la Aseguradora al celebrar el contrato, lo habría contratado en condiciones diferentes.

Si las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio.

Para los efectos de lo anterior se presumirá siempre:

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

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas o cosas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que la Asegurado las habría Asegurado separadamente en idénticas condiciones. Subsistirá sobre todas las personas o cosas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el Asegurado paga a la Aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

---

## **CLÁUSULA 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.

El Asegurado o el beneficiario gozará de un plazo máximo de cinco (5) días calendario para el aviso de cualquier siniestro amparado, indicando la fecha y circunstancias que produjeron el mismo. La notificación la realizará comunicándose al (+504) 2283-6285 y presentando los requisitos detallados a continuación, según corresponda.

En todos los casos se deberán presentar los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación proporcionado por la Aseguradora, firmado y sellado.
2. Copia completa del dictamen extendido por la autoridad judicial competente, que incluya la descripción de los hechos y los resultados del laboratorio forense respecto a alcohol y presencia de tóxicos en la sangre, en caso de accidente.

Requisitos adicionales por presentar para la Cobertura de Fallecimiento:

1. Original y copia del Certificado de Defunción. Si el fallecimiento ocurre fuera de Honduras se requerirá un acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente.
2. Copia del Documento Nacional de Identificación de los beneficiarios. En caso de ser extranjeros, se deberá presentar una fotocopia válida de su documento de identidad o pasaporte con todas sus páginas.
3. Original y copia del acta de levantamiento del cadáver emitida por la autoridad competente, cuando corresponda.
4. Certificación de tutoría legal (en caso de Beneficiarios menores de edad).

Requisitos adicionales por presentar para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente:

1. Original y copia del Dictamen o certificado del médico donde se indique claramente el diagnóstico, especificando la causa y lesión.
2. 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.
3. Historia clínica y exámenes complementarios según lo requiera la Aseguradora.

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 el interesado dispondrá de quince (15) días hábiles a partir de la notificación para entregar la documentación pendiente.

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 cláusula.

En caso de requerir un servicio de asistencia, el miembro del grupo familiar deberá comunicarse al mismo número de teléfono (+504) 2283-6285, a través del cual se coordinará la atención correspondiente por parte de la prestadora de servicios.

---

## **CLÁUSULA 12: TERMINACIÓN ANTICIPADA**

---

Este seguro terminará automáticamente en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a. Fallecimiento del Asegurado.
- b. El Asegurado cumpla los ochenta y cinco (85) años de edad.
- c. Finalización de la obligación con la entidad financiera.
- d. Comprobación por parte de la Aseguradora de una declaración falsa o inexacta según lo estipulado en esta póliza.
- e. Falta de pago de la prima en las fechas acordadas.

---

## **CLÁUSULA 13: RENOVACIÓN**

---

La póliza se renovará automáticamente en la fecha de vencimiento bajo la condición que se encuentre al día en los pagos de la prima. La renovación no procederá si la Aseguradora manifiesta su intención de no renovar con una antelación mínima de treinta (30) días calendario, o cuando el Asegurado deje de cumplir los requisitos de asegurabilidad o esté incluidos en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial.

En caso de que la Aseguradora determine la necesidad de introducir modificaciones a las coberturas o a la prima, dichas modificaciones serán notificadas al Asegurado con al menos treinta (30) días calendario previos a la fecha de renovación.

---

#### **CLÁUSULA 14: PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de un contrato prescribirán en un plazo de tres (3) 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 Aseguradora 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.

---

#### **CLÁUSULA 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 y arbitraje o por la vía judicial, conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

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 salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

---

#### **CLÁUSULA 16: COMUNICACIONES**

Toda notificación, aviso o comunicación derivada del contrato será efectuada por la Aseguradora al Asegurado, o a quien legalmente lo represente, mediante los datos de contacto físicos o electrónicos que consten en la Solicitud de Seguro y/o Condiciones Particulares.

Corresponde al Asegurado mantener actualizada dicha información, debiendo comunicar a la Aseguradora cualquier modificación por los medios escritos o electrónicos que esta haya dispuesto. Mientras no se reciba tal actualización, se considerará plenamente válida la información de contacto previamente registrada.

Con excepción de lo expresamente regulado en estas Condiciones para la tramitación de reclamos, cualquier otra gestión o comunicación dirigida del Asegurado a la Aseguradora deberá realizarse a través de los canales físicos o electrónicos habilitados, a fin de que produzca efectos.

---

#### **CLÁUSULA 17: TERRITORIALIDAD**

---

Las coberturas del presente seguro ofrecen al Asegurado protección en todo momento y lugar, siempre y cuando esté vigente al momento en que ocurra el siniestro. El servicio de asistencia será brindado únicamente en el territorio de la República de Honduras.

---

#### **CLÁUSULA 18: SUICIDIO**

---

La Aseguradora no amparará el evento si el fallecimiento ocurre dentro de los dos (2) años siguientes de la contratación del seguro, cuando se deba a suicidio.

---

#### **CLÁUSULA 19: EDAD**

---

Para la contratación de este seguro la Aseguradora establece la edad mínima y máxima de admisión y permanencia:

- Edad mínima de aceptación: Dieciocho (18) años.
- Edad máxima de aceptación: Setenta y nueve (79) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- Edad máxima de permanencia: Ochenta y cuatro (84) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

En caso de que el Asegurado esté fuera de los límites de edad establecidos, la Compañía únicamente estará obligada a reembolsar la prima recibida por ellos.

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la empresa prueba fehaciente de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado.

---

#### **CLÁUSULA 20: PERIODO DE GRACIA**

---

La Aseguradora ofrece un plazo de treinta (30) días calendario, 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.

---

#### **CLÁUSULA 21: REHABILITACIÓN**

---

Cuando la póliza sea cancelada por falta de pago, esta podrá ser rehabilitada dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de su cancelación, sin que en ningún caso dicha rehabilitación pueda exceder la fecha de terminación originalmente pactada.

La rehabilitación procederá cuando:

- a. El Asegurado lo solicite por escrito.
- b. 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.

---

## **CLÁUSULA 22: INDISPUTABILIDAD**

---

El presente contrato se basa en la solicitud del Asegurado. Las 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 nula el contrato.

No obstante, la Aseguradora deberá manifestar su intención de impugnar la póliza dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha en que tuviera conocimiento de la inexactitud o reticencia. Transcurrido dicho plazo sin que se ejerza este derecho, la póliza se mantendrá vigente.

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.

La presente cláusula tiene validez durante los dos (2) primeros años de cobertura. A partir del comienzo del tercer año de cobertura interrumpida el presente artículo queda nulo y sin valor alguno.

---

## **CLÁUSULA 23: VALORES GARANTIZADOS**

---

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

---

## **CLÁUSULA 24: ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT**

---

El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el Asegurado 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 o delincuencia organizada conocidos como tales

por tratados o convenios internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario del seguro se encuentre incluido en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

Esta cláusula se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido 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 25: NORMAS SUPLETORIAS**

---

En caso de que este contrato no contemple alguna situación específica, se aplicarán las disposiciones correspondientes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, así como cualquier otra normativa emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros que sea aplicable.