

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

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.

SECCIÓN 1: COBERTURA

PLANES DE SEGURO.- El Plan de Seguro adquirido por el Contratante es uno o una combinación de las Coberturas que se describen en esta Sección y según consta en las condiciones particulares y/o especiales de la Póliza.

A) COBERTURA BÁSICA: MUERTE ACCIDENTAL

Al fallecimiento de un Asegurado producido como consecuencia inmediata de un Accidente, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada convenida menos las cantidades abonadas en concepto de incapacidad total y permanente o desmembramiento, siempre que dicho accidente haya ocurrido:

Solamente se cubrirá la muerte que se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días calendario de ocurrido el Accidente y siempre que la misma sea consecuencia inmediata de las lesiones provocadas por el mismo.

Esta cobertura comprenderá adicionalmente:

- Los riesgos de viajes marítimos y terrestres en cualquier forma.
- Muerte en Accidente Aéreo: La Aseguradora pagará la Suma Asegurada, si el Asegurado muere como consecuencia de un accidente aéreo, ocurrido de manera fortuita y repentina, independiente de la voluntad de cualquier persona, durante el ascenso, vuelo o descenso de una aeronave de una aerolínea comercial autorizada, con itinerario fijo y horarios de vuelos públicos, en la cual el Asegurado viaja como pasajero, pero no como miembro de la tripulación.

• **Homicidio Culposo:** La Aseguradora pagará la suma asegurada, si el Asegurado muere víctima de un Homicidio culposo.

B) COBERTURA BÁSICA: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE

La Aseguradora se compromete al pago de la Suma Asegurada, de acuerdo al valor indicado en la “Tabla para cálculo de indemnización en caso de incapacidad total y permanente o desmembramiento resultante de accidente” adjunta a continuación, en caso de incapacidad de carácter permanente o desmembramiento del Asegurado.

Todo ello hasta la Suma Asegurada establecida para cada caso en la Cobertura Básica y Opcionales. En el caso que no se hubiera establecido Suma Asegurada para alguna de las causales descritas, se entenderá que no se otorgará cobertura bajo la misma, encontrándose excluida de la presente Póliza de Seguro.

ACLARACIONES E INTERPRETACIONES

Para todos los efectos de esta cobertura, las expresiones siguientes tendrán la aceptación y el alcance que a continuación se les asigna:

- **Pérdida de la mano:** Su separación absoluta a nivel o sobre la articulación de la muñeca.
- **Pérdida de un pie:** Su separación absoluta a nivel o sobre la articulación del tobillo.
- **Pérdida de la visión:** La pérdida completa e irreparable del sentido de la visión, es decir el estado de ceguera.
- **Pérdida de un dedo:** La separación absoluta y completa de dos falanges.
- **Anquilosis:** La limitación total de los movimientos de una articulación movable.
- **Pérdida:** En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado de manera tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones.

Solamente los casos listados a continuación se encuentran cubiertos:

**TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACION EN CASO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O
 DESMEMBRAMIENTO RESULTANTE DE ACCIDENTE**

INCAPACIDAD TOTAL

DESCRIPCIÓN	%
Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100

INCAPACIDAD PARCIAL

CABEZA		%	
Sordera total e incurable de los dos oídos		50	
Pérdida total de un ojo, reducción de la mitad de la visión binocular normal		40	
Sordera total e incurable de un oído		15	
Ablación de mandíbula inferior		50	
MIEMBROS SUPERIORES		DERECHO %	IZQUIERDO %
Pérdida total de un brazo		65	52
Pérdida total de una mano		60	48
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)		45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional		30	24
Anquilosis del codo en posición no funcional		25	20
Anquilosis del codo en posición funcional		20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional		20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional		15	12
Pérdida total del pulgar		18	14
Pérdida total del índice		14	11
Pérdida total del dedo medio		9	7
Pérdida total del anular o el meñique		8	6

En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

MIEMBROS INFERIORES	%
Pérdida total de una pierna	55
Pérdida total de un pie	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8
Pérdida total del dedo gordo del pie	8
Pérdida total de otro dedo del pie	4

Cuando como consecuencia de un mismo Accidente resulte incapacitado más de un miembro u órgano, la indemnización será calculada sumando los porcentuales respectivos. Sin perjuicio de lo anterior, el Beneficio total no debe exceder el cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.

C) COBERTURA BÁSICA: GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Aseguradora pagará mediante reembolso la asistencia médica y hospitalaria que requiera el Asegurado, como consecuencia inmediata de haber sufrido un Accidente, sujeta a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

A los fines de esta Póliza, se entiende que la asistencia médica y hospitalaria comprende:

- a) Servicios prestados por un Médico;
- b) Internación hospitalaria y uso de quirófano;
- c) Exámenes médicos, exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio;
- d) Anestesia (incluyendo administración de la misma);
- e) Provisión de medicamentos necesarios en virtud de la atención médica.

El Asegurado podrá beneficiarse de las prestaciones enumeradas, siempre que las consecuencias del Accidente se manifestaren a más tardar dentro de 180 días calendario, a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.

D) COBERTURA OPCIONAL DE TRASLADO POR ACCIDENTE

La Aseguradora reembolsará al Asegurado o al Beneficiario los gastos incurridos a consecuencia del Traslado Urgente en que incurra el Asegurado, inmediatamente después de ocurrido un Accidente amparado por esta póliza, con consecuencias críticas que ponga en peligro la vida del Asegurado y que impida el traslado por sus propios medios hasta el Hospital en que se realice la primera cura.

La cobertura provista por esta cláusula está limitada al traslado urgente dentro del territorio de la República de Honduras.

Esta cobertura operará en adición a la cobertura de “MUERTE ACCIDENTAL” y el monto a indemnizar en concepto de traslados por accidente será adicional a la Suma Asegurada de la cobertura de “MUERTE ACCIDENTAL” de acuerdo a las siguientes limitaciones: sin exceder el siguiente límite:

- Por medio de reembolso.
- Traslado Terrestre: El límite de esta cobertura será de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

E) COBERTURA OPCIONAL DE GASTOS FUNEBRES

En caso que el Asegurado fallezca por un Accidente, la Aseguradora reembolsará los gastos por servicios fúnebres dentro del territorio de la República de Honduras.

Esta cobertura operará en adición a la cobertura de “MUERTE ACCIDENTAL” y los montos serán adicionales a la Suma Asegurada de la cobertura de “MUERTE ACCIDENTAL”, de acuerdo a las siguientes limitaciones:

- Por medio de reembolso.
- El límite de esta cobertura será de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

F) COBERTURA OPCIONAL DE GASTOS DE REPATRIACIÓN

En caso de fallecimiento del Asegurado cubierto bajo esta Póliza, se incluye dentro de esta cobertura el pago del traslado de sus restos mortales hasta la República de Honduras.

Esta cobertura comprende todo el proceso burocrático para la liberación de los restos mortales, pasaje aéreo, embalsamamiento, gastos desde cualquier lugar del mundo hasta el lugar del sepelio, incluyendo el pasaje de ida y vuelta de un Beneficiario o algún familiar cercano que designe el Beneficiario.

Esta cobertura operará en adición a la cobertura de “MUERTE ACCIDENTAL” y los montos serán adicionales a la Suma Asegurada de la cobertura de “MUERTE ACCIDENTAL”, de acuerdo a las siguientes limitaciones: sin exceder el siguiente límite:

- Por medio de reembolso.
- El límite de esta cobertura será de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

G) COBERTURA OPCIONAL DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Esta cobertura ampara al Asegurado en caso de sufrir un Accidente que le cause una Incapacidad Temporal, impidiéndole ejercer sus actividades lucrativas u ocupación habitual, condición que deberá ser debidamente diagnosticada por un Médico Especialista, la Aseguradora pagará la renta diaria convenida, después de aplicarse el deducible correspondiente, por el período previamente elegido, siempre y cuando el Asegurado se encuentre y/o mantenga en dicha condición de Incapacidad Temporal.

Esta renta diaria se pagará hasta un máximo de noventa (90) días calendario, por un mismo Accidente.

Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Incapacidad Temporal, deberá dar aviso inmediato a la Aseguradora sobre el cambio en su estado de salud, y simultáneamente la Aseguradora suspenderá el pago de la renta diaria. En caso que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su Incapacidad Temporal y no le notifique dicho cambio en su estado de salud a la Aseguradora, ésta podrá reclamar al Asegurado, por la vía que considere, la devolución de la renta diaria que la Aseguradora le ha pagado al Asegurado.

H). COBERTURA OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la Aseguradora pagará al Asegurado que haya sido hospitalizado por más de 24 horas continuas en un Hospital a causa de accidente cubierto por esta póliza, la renta diaria que se indica en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

Esta cobertura se pagará una vez transcurridos el número de días de deducible señalado en las Condiciones Particulares, contados desde el inicio de la hospitalización por accidente y por el número de días que se haya determinado o hasta el término de la hospitalización, según se establezca expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

SECCIÓN 2: EXCLUSIONES

Se encuentran excluidas de todas las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, los hechos que sean consecuencia de:

- Cualquier lesión, pérdida, menoscabo o enfermedad que no sea causada directamente por accidentes u otros hechos cubiertos por la presente póliza.
- Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo; suicidio o tentativa de suicidio.
- Lesiones causadas intencionalmente por el Beneficiario o por cualquier otra persona.
- Cualquier lesión o accidente causado como consecuencia de actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares; actos de riña, desafío o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa de él mismo o de los Beneficiarios de esta póliza.
- Accidentes ocasionados como consecuencia de efectos de la energía nuclear en cualquier forma.
- Accidentes ocasionados como consecuencia de fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, inundaciones, huracanes, tornados, erupciones volcánicas y otros.

- **Accidentes ocasionados como consecuencia de que el Asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los accidentes que se produzcan en estado de embriaguez siempre y cuando, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual; y/o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, (a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica y en estas se advierta que el uso de las mismas limita sus capacidades físicas y mentales) o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente. Lesiones durante la participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración y montañismo.**
- **Lesiones durante el ascenso, vuelo o descenso de cualquier aeronave; excepto si se viaja como pasajero en líneas aéreas comerciales autorizadas con itinerario fijo, sin desempeñar deberes de tripulación o servicio durante el vuelo.**
- **Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes, los cuales hayan sido calificados por la autoridad competente.**
- **Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos, o por malicia o imprudencia del Asegurado.**
- **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.**
- **El Homicidio doloso.**

RIESGOS EXCLUIDOS DEL SEGURO, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO

Salvo pacto expreso en contrario y pago de la prima adicional correspondiente, en su caso, quedan excluidos del seguro los siguientes riesgos:

1) Los accidentes que sobrevengan en la práctica profesional del fútbol (balompié), béisbol y esquí acuático;

- 2) Los accidentes que sobrevengan en la práctica del polo, pesca en alta mar, rodeo, rugby y boxeo;
- 3) Los accidentes que sobrevengan mientras el Asegurado se encuentre a bordo de aviones privados en calidad de piloto o copiloto;
- 4) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentra a bordo de aviones privados en calidad de pasajero; y
- 5) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre manejando motoneta, motocicleta o patineta.
- 6) La incapacidad temporal, a menos de que se encuentre contratada la cobertura adicional de “INCAPACIDAD TEMPORAL”.

SECCIÓN 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

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

SECCIÓN 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 la acción repentina de un agente externo, súbita, inesperada, involuntaria y violenta, cuya fecha se encuentra determinada, de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo

independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas y la cual ha sido la causa directa de la muerte, daño físico, o incapacidad permanente del Asegurado, lo cual puede determinarse por un Médico. Adicionalmente se incluye dentro de este concepto: a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, por inmersión en el agua u obstrucción y la electrocución; b) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado; c) Picaduras o mordeduras de perros, serpientes o insectos venenosos; d) La rabia, el carbunco o tétano de origen traumático; e) Torceduras, dilaceraciones y roturas musculares. La acción de la temperatura ambiente o influencia atmosférica a que se encuentra sujeto el Asegurado, como consecuencia del mismo.

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

CARNET: Documento emitido por la Aseguradora y en el que constan el nombre del Contratante, Asegurado, el número de la Póliza, la Vigencia, entre otros datos.

COBERTURA BÁSICA: Cobertura íntimamente ligada a la esencia de una póliza determinada y por la que es responsable la Aseguradora hasta concurrencia del valor asegurado.

COBERTURAS OPCIONALES: Coberturas encaminadas a complementar la cobertura básica y que la Aseguradora otorga con cobro de prima adicional.

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 Contratante y Asegurado, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos, límites de edad, cláusulas especiales, exclusiones y deducibles.

CONTRATANTE: Es la persona jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su propia naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado. Puede concurrir en el Contratante la figura de Asegurado y Beneficiario del seguro.

CONSENTIMIENTO: Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Asegurado y La Aseguradora determinado en el contrato de seguro.

DEDUCIBLE: Corresponde a la porción del riesgo o de la pérdida a cargo del asegurado y que está representado en la cantidad o el porcentaje de la suma asegurada o de la indemnización que invariablemente se deduce del pago o de la indemnización de la Suma Asegurada y que, por lo tanto, siempre queda a cargo del Asegurado y/o del Beneficiario.

DESMEMBRAMIENTO: Se entiende por desmembramiento toda pérdida accidental de algunos de los miembros del cuerpo.

HOMICIDIO: Significa la muerte del Asegurado causada por hechos de otra persona. Se entiende como homicidio doloso o intencional, el causado por hechos voluntarios del causante, cuando éste quiere o desea la muerte del Asegurado, o cuando el causante actúa sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos y actúa a pesar de aceptar la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del Asegurado, tal como establece el Código Penal de Honduras. El homicidio culposo o involuntario es el causado por hechos accidentales, fortuitos o involuntarios del causante, o como consecuencia del proceder negligente o culposo, de acuerdo a lo expresado en el Código Penal de Honduras.

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.

INCAPACIDAD PERMANENTE: Se refiere a la incapacidad que resulta de una lesión corporal, sufrida accidentalmente, que le impide totalmente y de manera permanente al Asegurado, realizar trabajo alguno o participar en cualquier ocupación o negocio para obtener remuneración o ganancia, sin tomar en cuenta

la relación o semejanza de cualquier trabajo, ocupación o negocio anterior en que el Asegurado haya intervenido. El Asegurado deberá permanecer inválido por un período no menor de seis (6) meses, como requisito previo al pago de cualquier beneficio por invalidez total y permanente.

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.

PÓLIZA: Documento que instrumenta el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Aseguradora y el Asegurado.

PRIMA: El valor de la cuota o aportación económica que debe satisfacer el contratante o asegurado a la Aseguradora, en concepto de contraprestación por la cobertura del riesgo que el contrato de seguro garantiza.

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 Contratante 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.

SECCIÓN 5: LIMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite máximo de Responsabilidad de Seguros Atlántida, S.A., será igual a la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, sujeto a lo establecido en las condiciones particulares y generales de este contrato.

SECCIÓN 6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Esta póliza y/o los certificados individuales han sido extendidos por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscritas por el Contratante en la solicitud del seguro y/o por los asegurados en sus solicitudes individuales y/o en las declaraciones personales de salud.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante y/o los asegurados, 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 contratante y/o los asegurados hayan obrado con dolo o con culpa grave.

La Aseguradora renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia – excepción hecha si fuese dolosa – como motivo de nulidad, derivada de dichas declaraciones del Contratante y/o Asegurado después de transcurridos dos (2) años desde el inicio de esta póliza y/o del certificado individual, según el caso, sin perjuicio de lo establecido en estas condiciones contractuales respecto a la denuncia inexacta de la edad.

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del seguro, en las solicitudes individuales y/o en las declaraciones personales de salud para el presente seguro.

SECCIÓN 7: PAGO DE PRIMA

El Contratante 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. Las primas convenidas deberán ser pagadas en

cualquiera de las oficinas de La Aseguradora, contra entrega de la factura correspondiente. Para ser reconocido por La Aseguradora, la factura deberá quedar debidamente firmada y sellada por el personal autorizado.

SECCIÓN 8: VIGENCIA

Este seguro tendrá una vigencia de un año, salvo pacto en contrario expreso en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de vigencia, y se renovará automáticamente por periodos iguales con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre la Aseguradora y el Contratante.

SECCIÓN 9: BENEFICIARIOS

El asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario sin necesidad del consentimiento de La Aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro. 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 y ésta haga constar el cambio en el certificado correspondiente. Sin embargo, si la designación del beneficiario fuese con carácter irrevocable, además de la autorización de éste, el Asegurado tendrá que notificarlo y la anotación en la Póliza será el único medio de prueba admisible.

La sustitución de Beneficiarios será registrada en la Oficina Principal. 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.

SECCIÓN 10: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del contratante las siguientes:

- Adjuntar en formato electrónico, los datos generales de los asegurados.
- Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- Pagar a La Aseguradora la prima total.
- Informar por escrito a La Aseguradora:
 1. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la Aseguradora.
 2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado.
 3. La terminación de su calidad como contratante.
- Dar a conocer a las personas que se van a asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- Entregar el carnet correspondiente a cada persona del grupo asegurado.
- Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por La Aseguradora.

SECCIÓN 11: PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Son prohibiciones del contratante las siguientes:

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

SECCIÓN 12: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado durante la vigencia de esta Póliza cambiara de profesión o llegara a ejercer su profesión dentro de condiciones distintas de las que indicó en su solicitud; si inicia la práctica de algún deporte o si estableciera su domicilio definitivo en el extranjero; es decir, si llegara a modificarse el riesgo en una u otra forma, tal hecho debe ser comunicado a La Aseguradora dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca, por medio escrito con acuse de recibo.

Si las modificaciones constituyeran una agravación esencial del riesgo, la Aseguradora tendrá la facultad ya sea de rescindir el contrato o de aumentar la prima por el periodo que falte hasta el vencimiento del seguro. Si el Asegurado no aceptara aumento de la prima, la Póliza será cancelada y, en tal caso, la Aseguradora devolverá la parte de la prima que corresponda al periodo no transcurrido del seguro. La responsabilidad de la Aseguradora concluirá quince días después de haber comunicado su resolución al asegurado.

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.

SECCIÓN 13: AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Contratante y/o 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 y/o Contratante 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.

REQUISITOS A PRESENTAR POR LOS BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

1. Copia del Acta de Defunción.
2. Formato de Reclamación del Seguro.
3. Copia de la Tarjeta de Identidad del Asegurado Fallecido.
4. Copia de la Tarjeta de Identidad de los Beneficiarios.
5. Declaración del Médico sobre las causas de fallecimiento.
6. Solicitud de Indemnización debidamente completada y firmada por el beneficiario
7. Copia del Acta de nacimiento del Asegurado
8. Copia del Acta de nacimiento de los Beneficiarios
9. Copia del Acta de matrimonio (en caso de que aplique)

REQUISITOS A PRESENTAR POR EL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRAMIENTO

1. Formato de Reclamación.
2. Copia de la Tarjeta de Identidad del Asegurado Siniestrado.
3. Dictamen de Invalidez otorgado por el Instituto Hondureño de Seguridad Social. (IHSS). Cuando el asegurado no sea afiliado al IHSS, se considerará solamente el dictamen médico colegiado definido por la Aseguradora.
4. Solicitud de Indemnización debidamente llenada y firmada por el Asegurado.
5. Copia del Acta de nacimiento del Asegurado

SECCIÓN 14: TERMINACIÓN ANTICIPADA

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

- a) Solicitud de cancelación por parte del Contratante.
- b) Modificación del riesgo u ocupación de forma que no sea aceptable para la Aseguradora o las nuevas condiciones no sean aceptadas por el Contratante.
- c) Por decisión del Asegurado mediante solicitud al Contratante.
- d) Por falta de pago o cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago.
- e) Por cualquier causa debidamente justificada por la Aseguradora según los casos previstos por la Ley.

SECCIÓN 15: RENOVACIÓN

Esta Póliza podrá ser renovada a solicitud del Contratante en la fecha de vencimiento bajo la condición que se encuentre al día en los pagos de la prima.

Salvo pacto expreso en contrario, éste derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

La Aseguradora aplicará las condiciones de cobertura vigente, asimismo el incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable.

SECCIÓN 16: 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 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.

SECCIÓN 17: CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre La Aseguradora y 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.

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.

SECCIÓN 18: COMUNICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a La Aseguradora 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.

SECCIÓN 19: TERRITORIALIDAD

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

SECCIÓN 20: 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 18 y 65 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.

SECCIÓN 21: PERÍODO 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, los efectos del contrato cesarán automáticamente. 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.

SECCIÓN 22: DEDUCIBLE

Se aplicará el deducible estipulado en las Condiciones Particulares en caso de siniestro que amerite indemnización.