SEGURO DAVIDA PROTECCIÓN CANCER
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 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 No.1 COBERTURA

El seguro cubrirá los siniestros ocurridos durante la vigencia, es decir, no se cubre condiciones preexistentes, o durante el periodo de espera, de acuerdo a las definiciones especificadas está constituido por el Beneficio Básico por Primer Diagnóstico de Cáncer y Beneficio adicional de Gastos Fúnebres. Los cuales están descritos en las presentes condiciones generales.

DESCRIPCION DE COBERTURAS

1. **<u>Beneficio Básico por Primer Diagnóstico de Cáncer</u>: La Compañía pagará la suma asegurada contratada de acuerdo al Plan cubierto por la póliza si el Asegurado es diagnosticado con un cáncer cubierto de acuerdo a la definición estipulada en la Cláusula No.4 Definiciones y dicho diagnóstico es realizado por primera vez durante la vigencia de la póliza y después de haber trascurrido el período de espera. Este Beneficio será pagadero únicamente en caso que el Asegurado sobreviva al diagnóstico por un período de veintiocho (28) días.**

2. **<u>Beneficio Adicional por Gastos Funerarios</u>: Una vez presentado un primer diagnóstico de cáncer cubierto por el beneficio básico, el Asegurado quedará cubierto en caso de fallecimiento por cualquier causa, sin requerir el pago de prima por dicha cobertura, siempre y cuando el fallecimiento ocurra con fecha posterior al pago de la indemnización de la cobertura básica. La suma asegurada de este beneficio será igual al diez por ciento (10%) de la suma asegurada básica contratada.**

3. **<u>Servicio de Asistencia Psicológica</u>: Si el Asegurado es diagnosticado con un cáncer cubierto de acuerdo a la definición estipulada en la Cláusula No.4 Definiciones y dicho diagnóstico es realizado por primera vez durante la vigencia de la póliza y después de haber trascurrido el período de espera, podrá tener atención Psicológica con profesionales de la Red para la recuperación del paciente con diagnóstico de cáncer, de acuerdo a los servicios detallados en el Anexo 1.**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

CLÁUSULA No.2 EXCLUSIONES

Ningún beneficio será pagadero en relación a esta póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionada o exacerbada como resultado de cualquier de las siguientes:

a. **Omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.**
b. **Vivir en el extranjero, es decir vivir fuera del territorio por más de trece (13) semanas consecutivas en cualquiera periodo de doce (12) meses.**
c. **Guerra u hostilidades (sea o no Guerra declarada).**
d. **Guerra civil, insurrección, revolución, inestabilidad civil o motín.**
e. **Participación en cualquier fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.**
f. **El acto que se realiza en forma independiente o representando a o en relación a un grupo u organismo, para influir en cualquier grupo, corporación o gobierno, por medio de la fuerza, a través de terrorismo, secuestro o intento de secuestro, ataque, asalto o cualquier medio violento.**
g. **Un acto intencional o auto-inflingido.**
h. **En el caso de que se juzgue curable cualquiera de las condiciones cubiertas por medio de manipulación, sustitución, deleción genética, vacunación o cualquier otro tipo de tratamiento médico o similar, tal condición ya no será válida.**
i. **Ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.**
j. **VIH/SIDA.**
k. **Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.**
l. **Participación deliberada de la Vida Asegurada en cualquier acto ilegal o criminal.**
m. **Actos ilegales por el beneficiario de la póliza que den lugar a la Enfermedad Grave en la Vida Asegurada.**
n. **Lesiones o enfermedades que surgen de la práctica de deportes profesionales, carreras de cualquier tipo, buceo, vuelos aéreos (incluyendo salto bungee, uso de planeadores, globo aerostático, paracaidismo y clavados) distintos a los realizados como miembro de la tripulación o como pasajero comercial en una aeronave que opera en rutas con itinerarios establecidos en forma regular o cualquier actividad o deporte peligroso a menos que lo contrario sea acordado por medio de un endoso especial.**
o. **Enfermedades o padecimientos preexistentes.**

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Para la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer queda excluido lo siguiente:

a. **Los tumores benignos.**
b. **Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

c. **Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma "in situ" o aquellos considerados por estudio histológico como "pre-malignos", cáncer cervicouterino "in situ" y cáncer de próstata "in situ".**
d. **El Melanoma "In situ", así como el no-melanoma de piel, a menos que exista evidencia de metástasis.**
e. **Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza o durante el periodo de espera.**
f. **Sarcoma de Kaposi.**
g. **Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.**
h. **Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.**

Para la cobertura de Gastos Funerarios queda excluido adicionalmente lo siguiente:

a. **Fallecimiento como consecuencia de intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental, durante los primeros dos (2) años de cobertura de la Póliza.**

CLÁUSULA No.3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte de esta póliza las Condiciones Generales, sus Condiciones Particulares, los Anexos adheridos a la misma, si los hubiere, la oferta de seguro presentada por el Asegurado a la Compañía y sus declaraciones complementarias, constituyen el Contrato completo de seguro.

CLÁUSULA No.4 DEFINICIONES

Para efectos de esta póliza, se define lo siguiente:

1. **ASEGURADO (A):** Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la Póliza y a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este Contrato.

2. **BENEFICIARIO:** Es la persona designada por el Asegurado (a) para recibir el beneficio del Seguro. Para efecto de este Contrato y cuando así aplique, el Beneficiario podrá ser el propio Asegurado (a).

3. **CONTRATANTE:** Es la persona con la que se celebra el Contrato de Seguro y sobre el cual recae la obligación de pago de las primas.

4. **CANCER:** Para el propósito de las Condiciones de esta póliza, el Cáncer significa la presencia de una enfermedad maligna que se caracteriza por ser progresiva, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histológica o citológica. El Cáncer debe haber progresado a una Clasificación TNM T2N0M0, o alguna equivalente. No serán cubiertos los tumores que muestran los

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

cambios malignos del carcinoma in situ o melanoma in situ, así como el no-melanoma de piel, a menos que exista evidencia de metástasis. Quedan cubiertos bajo esta definición leucemia y linfoma.

5. **CANCER IN-SITU:** El Carcinoma in-situ se define como cualquier lesión pre-invasiva localizada y comprobada histológicamente, en el que las células cancerígenas no hayan penetrado aun en la membrana basal o invadido (en el sentido de infiltración y/o destrucción activa) los tejidos circundantes o estroma.

6. **COMISIÓN NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS:** Entidad encargada de la supervisión, inspección y vigilancia de la actividad bancaria, de seguros, previsionales, de valores y demás relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público.

7. **DIAGNÓSTICO DE CÁNCER:** Debe basarse únicamente sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha, pueda ser un tumor, tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con una prueba patológica.

8. **DIAGNÓSTICO CLÍNICO:** El informe realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un Examen de Anatomía Patológica que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.

9. **ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:** Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

   a) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.
   b) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

   Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.
   El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que, por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

10. **INDEMNIZACIÓN:** Es el pago de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta Póliza.

11. **MÉDICO:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

12. **MÉDICO ESPECIALISTA:** Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar diagnósticos o prescribir tratamientos para enfermedades que se especifican dentro de esta Póliza.

13. **LA LEY:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

14. **PADECIMIENTO O ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Se entiende como congénito el padecimiento o enfermedad con que se nace o que se contrae en el útero materno.

15. **PRUEBAS PATOLÓGICAS:** Todos aquellos documentos que contengan resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, que pueden ser tomados como evidencia bajo los términos de esta Póliza. La documentación debe estar debidamente fechada y firmada por médico legalmente autorizado para ejercer la oncología, anatomía, osteopatía o patología. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

16. **PERIODO DE ESPERA:** Se define como periodo de espera al periodo de noventa (90) días naturales posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro, durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula o certificado de la Póliza. Este periodo deberá cumplirse por única vez o cada vez que se ingrese al Seguro.

17. **PERIODO DE SOBREVIVENCIA:** El Beneficio Básico por primer diagnóstico de Cáncer será únicamente pagadero si el Asegurado sobrevive veintiocho (28) días después de realizado el diagnóstico de cáncer.

18. **SUMA ASEGURADA:** Cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza.

CLÁUSULA No.5 LIMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía será la suma asegurada indicada en las condiciones particulares de la póliza, cubriendo las coberturas mencionadas en la Cláusula No.1 Cobertura, que pudieren acaecer durante la vigencia de cobertura de esta póliza.

CLÁUSULA No.6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Compañía no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado del Asegurado, serán causas de anulación del contrato, cuando el Asegurado haya obrado con dolo o con culpa grave.

La Compañía 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.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

La Compañía 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 Compañía 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 Compañía 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.

CLÁUSULA No.7 PAGO DE PRIMA

Todo pago de prima deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía en las Agencias de Banco DAVIVIENDA contra entrega del recibo oficial correspondiente. No es deber de la Compañía dar noticia de los vencimientos de primas ni gestionar su cobro; si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de residencia del asegurado, esto no sentará precedente alguno de obligación.

CLÁUSULA No.8 PRIMA PROGRAMADA ANUAL

El Programa de Coberturas se ha fijado sobre la base de una Prima Programada anual y anticipada, sin embargo, a solicitud escrita del Asegurado y aceptación de la Compañía, la Prima Programada anual podrá pagarse en forma fraccionada, de acuerdo con la política vigente en la Compañía.

La Prima Programada Anual se mantendrá nivelada por un período de doce (12) años, contados a partir de la fecha inicial de vigencia de la póliza, siempre y cuando la misma se encuentre vigente.

CLÁUSULA No.9 VIGENCIA

La vigencia de este Contrato será efectiva a partir de las 12:00 horas del día descrito en la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA No.10 BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que este Contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar en forma irrevocable al derecho de cambiar la designación del beneficiario, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a la Compañía y que conste en la presente Póliza. Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado y no se hubiera hecho nueva designación.

En caso de fallecimiento del Asegurado, las Coberturas Aseguradas y todas las cantidades derivadas de este Contrato, serán pagadas al beneficiario o beneficiarios que resulten serlo según lo estipulado en esta cláusula.

CLÁUSULA No.11 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado cambiara su ocupación habitual o ejerciera su profesión en condiciones distintas de las que indicó en su oferta; estableciera su domicilio definitivo en el extranjero o sufriera alguna otra condición que constituya una agravación esencial del riesgo deberá comunicarlo a la Compañía mediante carta certificada u otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo, 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 Compañía en lo sucesivo.

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 Compañía al celebrar el Contrato, lo habría contratado en condiciones diferentes; y, que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

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 Compañía 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 Compañía las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

La Compañía de Seguros dentro del plazo de quince (15) días tendrá la facultad de rescindir el Contrato o de aumentar la prima por el período que falte hasta el vencimiento del seguro, de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio. Si el Asegurado no aceptara el aumento de la prima, la póliza será cancelada y, en tal caso, la Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro.

Si, por el contrario, 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.

CLÁUSULA No.12 AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, en un plazo máximo de cinco (5) días.

DOCUMENTOS, DATOS E INFORMES:

La Compañía tiene el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de documentación e informes sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado por un médico de su confianza y en el caso de fallecimiento, de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, siempre y cuando la Ley lo permita, debiendo los beneficiarios o sucesores dar su consentimiento y su concurso si fueren imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos.

Todos los gastos que motiven la autopsia o la exhumación serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

Los documentos originales a presentar para el análisis y pago de la reclamación son:

1. En caso de primer Diagnóstico de Cáncer:
    a. Cédula de Identidad o Certificación del Acta de Nacimiento;
    b. Certificación Médica, del Médico tratante con todos los elementos en que se hubiere fundado el diagnóstico de la enfermedad;
    c. Solicitud de Reclamación en formulario proporcionado por la Compañía;
    d. Pruebas y Exámenes Médicos que la Compañía requiera; y,
    e. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

2. En caso de fallecimiento del Asegurado:
    a. Certificación del Acta de Defunción, debidamente extendida por la autoridad competente;
    b. Certificación o Parte de la Autoridad competente;

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

c. Cédula de Identidad o Certificación del Acta de Nacimiento del Asegurado;
d. Cédula de Identidad o Certificación del Acta de Nacimiento de los Beneficiarios;
b. Certificación de Tutoría Legal (en caso de Beneficiarios Menores de Edad);
c. Solicitud de Reclamación en formulario proporcionado por la Compañía.

CLÁUSULA No.13 TERMINACIÓN ANTICIPADA

La vigencia de las coberturas terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

a. Al final del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla los setenta (70) años de edad.
b. Al finalizar el plazo de la póliza.
c. A la muerte del Asegurado.
d. La cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer quedará cancelada después del pago del beneficio contratado de acuerdo al plan cubierto por la póliza.
e. A solicitud del Contratante y/o Asegurado.
f. Por falta de pago de la prima convenida dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de cada vencimiento.

CLÁUSULA No.14 RENOVACIÓN

La póliza, sus coberturas adicionales y endosos serán renovables automáticamente, salvo indicación del Asegurado mediante aviso escrito a la Compañía con treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato de seguro.

CLÁUSULA No.15 PRESCRIPCIÓN

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

El plazo 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 No.16 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.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

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 No.17 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito a su domicilio social. Por su parte, las comunicaciones al Asegurado, las hará por escrito al último domicilio reportado por éstos.

CLÁUSULA No.18 TERRITORIALIDAD

Este contrato no se afectará por razones de residencia, ocupación, viajes y estilo de vida del Asegurado.

CLÁUSULA No.19 SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, cualquiera haya sido su causa y el estado mental o físico, la Compañía pagará a los beneficiarios la Cobertura Básica por Fallecimiento, excepto cuando el suicidio ocurra dentro de los primeros dos (2) años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

CLÁUSULA No.20 EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía para este Contrato comprenden las edades de un (1) año a cincuenta y nueve (59) años, ambas edades incluidas; renovable hasta los sesenta y nueve (69) años de edad.

La cobertura de esta Póliza terminará al final del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla los setenta (70) años de edad.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente antes de que la Compañía efectúe cualquier pago en relación con la presente Póliza. Si la comprobación se hiciere en vida del Asegurado, la Compañía extenderá la respectiva constancia y no podrá exigir nuevas pruebas sobre este extremo, para efectuar cualquier pago.

Si de la mencionada comprobación resultare que la edad verdadera del Asegurado al emitirse la póliza, se encontraba fuera de los límites de aceptación establecidos, el contrato de seguro será rescindido y la Compañía pagará al Asegurado o a los Beneficiarios, si la prueba fuese posterior al fallecimiento de aquél, la porción de prima no devengada a partir de la fecha de la comprobación de la edad.

Si la edad verdadera fuese distinta de la declarada, pero encontrándose comprendida en los límites de aceptación, se procederá de conformidad con lo preceptuado en el Articulo 1231 del Código de Comercio de la Republica de Honduras.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

CLÁUSULA No.21 PERIODO DE GRACIA

Si el Contratante o Asegurado en su caso no efectuare el pago de la Prima Programada anual o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento dispondrán de un periodo de gracia de treinta y un (31) días calendario para el pago de la prima en descubierto.

Si dentro del término de dicho plazo, la prima no ha sido pagada, los efectos de la Póliza cesarán de inmediato, sin necesidad de aviso o declaración especial.

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

CLÁUSULA No.22 REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado, como lo prevé la Cláusula No. 21 Período de Gracia, el contrato de seguro no podrá ser rehabilitado.

CLÁUSULA No.23 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato, será indisputable a partir de la fecha en que cumpla dos (2) años desde el inicio de su vigencia, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado, y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para anularlo o rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración.

Si el Asegurado solicitara incrementos en la suma asegurada de la Póliza, estos también serán disputables durante los dos (2) primeros años, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de los mismos, en vida del Asegurado.

La presente cláusula de indisputabilidad aplica únicamente para la Cobertura Básica por Fallecimiento y en ningún caso para las coberturas adicionales contratadas, las que serán disputables en cualquier momento durante o después de la vigencia de esta póliza.

CLÁUSULA No.24 VALORES GARANTIZADOS

Esta Póliza es un seguro Temporal Anual Renovable y no genera ningún tipo de valor de rescate, ni dividendos.

CLÁUSULA No. 25 MODIFICACIONES

Toda modificación a este Contrato deberá ser solicitada por escrito a la Compañía y para su validez, deberá ser aceptada mediante endoso firmado por el Gerente o funcionarios autorizados de la Compañía que se agregará a la Póliza y si procede, actualizará las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los intermediarios de seguros o cualquier otra persona de la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

Las Condiciones Generales tan sólo podrán ser modificadas en sentido favorable al Asegurado, previa autorización de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. El Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante o Asegurado estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

CLÁUSULA No. 26 MONEDA

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que haya lugar por esta Póliza, serán liquidables en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria de la República de Honduras.

CLÁUSULA No.27 CESION

Esta Póliza no podrá ser cedida en garantía a terceras personas, considerando que el fin de la misma es la protección del propio asegurado y su familia.

CLÁUSULA No. 28 CAMBIO DE PLAN

En cualquier aniversario de la póliza y antes del cumplimiento de los cincuenta y nueve (59) años de edad, el Asegurado podrá cambiar esta póliza por otra de cualquiera de los Planes que emita la Compañía, mediante solicitud escrita y siempre que el monto de la Suma Asegurada sea igual o menor que el de la presente póliza.

La fecha de vigencia de la nueva Póliza será la de la conversión y las primas se fijarán de acuerdo con las tarifas vigentes y la edad alcanzada del Asegurado en esa fecha.

Si el tipo de prima para el nuevo plan fuese menor que el de esta póliza, el Asegurado deberá someterse y a su costa, a pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía.

En la nueva Póliza podrán mantenerse las Coberturas adicionales que estén vigentes en esta póliza, sin pruebas de asegurabilidad, o bien adicionarse presentando a satisfacción de la Compañía las pruebas de asegurabilidad que ésta requiera.

CLÁUSULA No. 29 LIQUIDACIÓN

Todo adeudo del Asegurado en relación con esta Póliza a favor de la Compañía, será deducido de cualquier pago que ésta hubiere de hacer al Asegurado o a los Beneficiarios, en razón de la misma. La Compañía deducirá, además, la cantidad que falte por completar la prima correspondiente al año en que ocurra el siniestro, si se hubiere establecido el pago de la prima en forma fraccionada.

CLÁUSULA No.30 AJUSTES AL PROGRAMA DE COBERTURAS

En cualquier aniversario de la Póliza, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía modificaciones en su Programa de Coberturas.

Para cambios de plan, deberá presentar y a satisfacción de la Compañía, nueva solicitud y las pruebas de asegurabilidad que ésta requiera.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.

Cualquier modificación al Programa de Coberturas se hará constar en la propia Póliza o en anexo debidamente firmado.

CLÁUSULA No.31 PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Compañía actuará con celeridad y diligencia en todo el proceso de pago de indemnizaciones. La Compañía se sujetará a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA No.32 PROGRAMA DE APORTACIONES

El Programa de Aportaciones está constituido por las primas requeridas para cubrir el Programa de Coberturas; en virtud de ello, el asegurado acepta realizar los pagos de las primas en las fechas de vencimiento establecidas, conforme lo indicado en el Programa de Aportaciones que aparecen en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El cumplimiento por parte del Asegurado de su Programa de Aportaciones, permitirá mantener en vigor la Póliza hasta la terminación del Plazo del Seguro contratado.

CLÁUSULA No.33 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal Nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreing Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

Este Endoso 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 No.34 NORMAS SUPLETORIAS

En lo previsto en el presente en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atenientes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/24-01-2022.