

SEGURO AHORROFLEX COLECTIVO 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 el riesgo básico por fallecimiento y las coberturas adicionales que opcionalmente pueda contratar el Asegurado. Las cuales están descritas en las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente póliza:

COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, en función de la modalidad de suma asegurada contratada ya sea:

A) SUMA ASEGURADA MÁS FONDO ACUMULADO: El Asegurado escoge un monto de seguro puro que es la Suma Asegurada Básica establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza. Bajo esta opción, el beneficio por muerte siempre equivale a la Suma Asegurada Básica, más el saldo del Fondo en Administración a la fecha de pago del siniestro.

B) Suma Asegurada Nivelada: Con la Suma Asegurada Básica el asegurado escoge el monto del beneficio por muerte y a medida que aumenta el Fondo en Administración, disminuye el monto de seguro puro.

En algunas situaciones, de acuerdo con el monto de las aportaciones hechas por el asegurado, y las metas de seguro puro y de ahorro, el Fondo en Administración puede igualar o superar la Suma Asegurada Básica, con lo que el seguro puro desaparece y el beneficio por muerte será el Fondo en Administración.

Debido a lo anterior, la póliza establece que, al ocurrir el fallecimiento del asegurado, se pagará la cantidad que resulte mayor entre: 1) La suma asegurada que aparece en la carátula de la póliza y 2) El Fondo en Administración constituido a la fecha de pago del siniestro.

Obsérvese que la Suma Asegurada Básica tiene dos significados diferentes, de acuerdo con la Opción escogida:

- 1) De "Seguro Puro" cuando se escoge la Opción A, en cuyo caso el beneficio por muerte siempre es la Suma Asegurada Básica más el Fondo en Administración, y
- 2) De beneficio total por muerte cuando se elige la Opción B, en cuyo caso el beneficio por muerte será la Suma Asegurada Básica, con la excepción de que, si el Fondo en Administración al momento del fallecimiento es mayor a la Suma Asegurada Básica, se pagará el Fondo en Administración.

En función de las modalidades anteriores la dirección comercial en coordinación con el área técnica de Seguros de Personas, establecerá las políticas de suscripción del producto para la Suma Asegurada Básica con base en los siguientes criterios:

- 1- Será el valor mayor entre el equivalente a 25 (veinticinco) veces el salario ordinario mensual o La parte del Saldo de su Fondo en Administración Individual constituida a la fecha del fallecimiento, con las primas programadas mensuales del Seguro AHORROFLEX COLECTIVO pagadas; o,
- 2- Un múltiplo de veces de la aportación mensual individual.

COBERTURAS ADICIONALES

A continuación, se describen todas las Coberturas Adicionales mediante el pago adicional que es posible agregar a la Cobertura Básica por Fallecimiento, pero solamente tendrán efectividad las que aparecen identificadas en el Programa de Coberturas de las Condiciones Particulares, para las cuales se haya efectuado el pago de la prima correspondiente.

1. COBERTURA ADICIONAL POR ACCIDENTE:

A. COBERTURA DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DIMAP):

- 1- En caso de que el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de un accidente, los beneficiarios designados recibirán una indemnización adicional igual a la Suma Asegurada Básica de 25 (veinticinco) veces el salario ordinario mensual o El múltiplo de veces de su aportación mensual. Si el Asegurado no fallece, pero sufre alguna de las pérdidas orgánicas, de la vista o la audición abajo indicadas, se pagará al propio Asegurado, un porcentaje sobre la base de 25 (veinticinco) salarios ordinarios mensuales de acuerdo con la siguiente Escala de Indemnizaciones:

**ESCALA DE INDEMNIZACIONES BENEFICIO DE MUERTE
ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO**

DESCRIPCIÓN		Porcentaje sobre Suma asegurada
1	Muerte accidental	100%
2	Perdida de ambos brazos o de ambos manos	100%
3	Perdida de ambas piernas o de ambos pies	100%
4	Perdida de un brazo, de una mano junto con la de una pierna o de un pie	100%
5	Perdida de un brazo o de una mano, o de una pierna o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo	100%
6	Ceguera irreparable de ambos ojos	100%
7	Parálisis presumible incurable que impida todo trabajo	100%
8	Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permita al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
9	Perdida del brazo derecho arriba del codo	65%
10	Perdida de la mano derecha	60%
11	Perdida del brazo izquierdo arriba del codo	53%
12	Perdida de la mano izquierda	48%
13	Perdida de una pierna arriba de la rodilla	65%
14	Perdida de un pie	40%
15	Perdida de la vista de un ojo	50%
16	Pérdida total e irreparable del habla	50%
17	Sordera Total e incurable de los oídos	50%
18	Perdida de dos falanges del dedo pulgar: a) de la mano derecha b) de la mano izquierda	18% 12%
19	Perdida de tres falanges del dedo índice: a) de la mano derecha b) de la mano izquierda	12% 8%
20	Pérdida total de cualquier otro dedo de las manos	6%
21	Pérdida total del dedo gordo del pie	8%
22	Pérdida total de cualquier otro dedo del pie	4%

Si el Asegurado ha declarado ser Zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización correspondientes.

La responsabilidad de la Compañía, en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriera en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

Por pérdida se entenderá:

- De una mano: su separación a nivel de la articulación de la muñeca o arriba de ella.
- De un pie: su separación de la articulación del tobillo o arriba de ella.
- De los dedos: la separación de dos falanges completas, cuando menos.
- De la vista de un ojo: la pérdida completa definitiva e irreparable de la visión de dicho ojo.

- De la audición de los oídos: la pérdida completa definitiva e irreparable de la audición en ambos oídos.

Se entenderá por accidente, aquel que produzca al Asegurado una lesión corporal, debida a la acción directa o violenta por causas externas, imprevistas y ajenas a la voluntad del Asegurado o la de un tercero, y de cuya lesión exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo, excepto, en el caso de ahogamiento o de lesión interna revelada por autopsia, que no se requerirá tal evidencia.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:

- a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases;
- b) La asfixia por inmersión u obstrucción;
- c) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado siempre que no hayan sido suministrados intencionalmente;
- d) El carbunco o tétano de origen traumático;
- e) La intoxicación o las infecciones microbianas originadas mediante heridas externas producidas como consecuencia de lesiones accidentales; y
- f) La rabia.

CASOS ESPECIALES

Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura se duplicarán si la muerte o pérdidas orgánicas, de la vista o la audición causadas por el accidente son sufridas por el Asegurado en cualquiera de los siguientes casos especiales:

- a.-Cuando el asegurado viaje como pasajero, pagando pasaje, en un vehículo de transporte no aéreo, de línea comercial debidamente autorizada con itinerario regular, entendiéndose coma tal, todo aquel que sea realizado por una Empresa autorizada, en forma profesional y sistemática, independientemente de los lugares en que haya conexión; pero no al momento de ascender o descender del mismo a consecuencia de ello;
- b.-Cuando el Asegurado se encuentre en el interior de un ascensor de uso público, viajando como pasajero;
- c.-A consecuencia de incendio de un teatro, hotel o Edificio Público, cuando el Asegurado se encuentre en el interior del mismo al inicio de la conflagración y siempre que no sea el lugar de su trabajo.

PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO

El derecho establecido en esta cobertura se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas legalmente aceptadas de que la lesión o lesiones que causen la muerte o pérdidas orgánicas en la persona del Asegurado, se debieron a un accidente ocurrido durante el período de vigencia de esta Cobertura.

CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cobertura se cancelará automáticamente a partir del aniversario de la póliza, inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad, o bien al realizarse cualquier indemnización u otorgarse cualquier beneficio derivado de esta cobertura o de la Invalidez.

El Contratante podrá dejar sin efecto esta Cobertura solicitándolo por escrito a la Compañía. En este caso se suspenderá el Costo de Protección correspondiente.

2- COBERTURAS EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se ofrecen dos (2) tipos de coberturas para el riesgo de Invalidez Total y Permanente, y para ambas aplica la siguiente definición de Invalidez Total y Permanente.

Se considerará Invalidez Total cuando el Asegurado esté incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo u ocupación que le genere utilidad o remuneración; y se considerará como Permanente cuando razonablemente no pueda esperarse la recuperación de la capacidad del Asegurado para el resto de su vida.

Se considerará específicamente como Invalidez Total Permanente:

- a) La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos;
- b) La pérdida total de ambas manos;
- c) La pérdida total de ambos pies;
- d) La pérdida total de una mano y un pie conjuntamente; o
- e) La pérdida total de una mano o un pie y la vista de un ojo.

Por pérdida total se entenderá la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. Entendiéndose por amputación de una mano o un pie su separación a nivel de la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente, o arriba de ella.

a- COBERTURA DE EXENCIÓN DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ECSIT)

En caso de que se declare médicamente el estado de invalidez total y permanente del asegurado, a causa de accidente o enfermedad, y que la invalidez ocurra antes del aniversario de la Póliza inmediato siguiente a la fecha en que el asegurado cumpla 60 (sesenta) años de edad, se suspenderá el pago de las aportaciones del Contratante y del asegurado y éste continuará asegurado, únicamente, por la Cobertura Básica por Fallecimiento, hasta la muerte o el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad del asegurado, lo que ocurra primero.

b- RENTA MENSUAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (REMI):

En caso de que se declare médicamente el estado de invalidez total y permanente del Asegurado, a causa de accidente o enfermedad y que la invalidez ocurra durante el período de vigencia de esta Cobertura y antes del aniversario de la Póliza inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, la Compañía pagará al Asegurado en forma mensual, vencida y consecutiva, la renta que se establece en el Programa de Coberturas de las Condiciones Particulares, mientras continúe la Invalidez Total y Permanente y hasta la muerte del Asegurado o hasta el fin del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años o al vencimiento de esta Póliza, lo que ocurra primero.

La renta asegurada para esta Cobertura será igual al dos por ciento (2%) de la suma asegurada que aparece en la Relación de Asegurados, considerando los decrementos y/o los incrementos de suma asegurada contratados hasta la fecha de la declaración del estado de Invalidez Total y Permanente.

El derecho establecido en esta Cobertura se concederá únicamente si se presentan a La Compañía pruebas legalmente aceptadas de que el Asegurado ha sufrido el estado de Invalidez Total y Permanente debido a un evento ocurrido durante el período de vigencia de esta Cobertura y que hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses desde la fecha de su iniciación excepto si se tratase de las pérdidas orgánicas mencionadas en la definición de Invalidez Total y Permanente en que no se exigirá dicho plazo.

El derecho de que otorga esta Cobertura será efectivo a partir de la fecha en que la Compañía acepte las pruebas legales de la Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

Esta Cobertura se cancelará automáticamente a partir del aniversario de la póliza inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, o bien al realizarse cualquier indemnización u otorgarse cualquier beneficio derivado de estas Coberturas o de la Cobertura por Accidente. El Asegurado podrá dejar sin efecto esta Cobertura solicitándolo por escrito a la Compañía. En este caso se suspenderá el Costo de protección correspondiente.

Cuando lo estime necesario, La Compañía podrá exigir comprobación de que continúa el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado. Si éste se niega a esa comprobación, o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesará automáticamente el pago de la Renta Mensual.

En cualquier momento, después del primer (1) año de vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía ajustes en el Programa de Coberturas.

Cualquier modificación al Programa de Coberturas se hará constar en la propia Póliza o en anexo debidamente firmado, y su efectividad será a partir de la Fecha Mensual que siga a la aprobación por parte de La Compañía.

3. OBJETIVOS DE CAPITALIZACIÓN Y RETIRO

En cualquier momento, después del primer (1) año de vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía ajustes en el Programa de Coberturas.

Cualquier modificación al Programa de Coberturas se hará constar en la propia Póliza o en anexo debidamente firmado, y su efectividad será a partir de la Fecha Mensual que siga a la aprobación por parte de La Compañía.

Los Objetivos de Capitalización y Retiro los conforman la cobertura de Capital Final. El Capital Final de cada Asegurado está constituido por el saldo del Fondo en Administración.

En caso de que el Asegurado sobreviva a la edad normal de retiro establecida en la póliza, La Compañía le pagará el Capital Final en una sola exhibición, a través de un Retiro Programado o mediante una Renta Vitalicia" según la decisión que él formule en ese momento.

El Programa de Aportaciones puede ser "No contributorio" o "Contributorio" y es establecido por el Contratante como un porcentaje de los salarios nominales mensuales para cubrir el Programa de Coberturas y los Objetivos de Capitalización y Retiro de los Asegurados. "No contributorio" significa que todo el aporte lo hará el Contratante y "Contributorio" que los Asegurados participarán en la aportación.

En el caso de sindicatos, asociaciones gremiales y similares donde no hay una base salarial, el salario nominal mensual de cada asegurado se fijará de común acuerdo con el Contratante.

El porcentaje de los salarios nominales a cotizar, lo mismo que la distribución en el caso que el Plan sea "contributorio", queda establecido en la carátula de la Póliza. El porcentaje de aportación no podrá ser inferior al mínimo establecido por La Compañía.

El Contratante acepta realizar los pagos de las aportaciones, incluidas en su caso las de los Asegurados, en forma mensual vencida dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

El Contratante podrá en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, solicitar por escrito a La Compañía ajustes en el porcentaje de aportaciones, pero en ningún caso dicho porcentaje podrá ser menor al mínimo establecido por la Compañía.

Toda aportación deberá efectuarse en las oficinas de La Compañía contra entrega del recibo oficial correspondiente. No es deber de La Compañía dar noticia de los vencimientos de aportaciones ni gestionar su cobro; si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de dirección del Contratante, esto no sentará precedente alguno de obligación.

FONDO EN ADMINISTRACIÓN INDIVIDUAL: Las aportaciones efectuadas serán acreditadas en una cuenta individual a nombre de cada uno de los Asegurados, denominada FONDO EN ADMINISTRACIÓN INDIVIDUAL, cuyo propósito es cubrir el Costo de Protección y los gastos operativos, así como constituir el capital necesario para alcanzar los Objetivos de Capitalización y Retiro.

Si el Plan es "Contributorio" las aportaciones a cargo del Contratante y las hechas por el Asegurado se acreditarán a la misma cuenta individual, en cuyo caso para determinar el monto de los recursos generados con los aportes del Contratante y los del Asegurado, se distribuirá el FONDO EN ADMINISTRACION INDIVIDUAL utilizando los mismos porcentajes de distribución de las aportaciones indicados en la Carátula de la Póliza.

No obstante que los aportes a cargo del Contratante se encuentran registrados en las cuentas individuales de cada uno de los Asegurados, el producto de estos aportes serán propiedad del Contratante hasta que se den las condiciones a favor del Asegurado según lo establece esta Póliza.

A pesar de dicha propiedad, El Contratante no podrá disponer de dichos recursos, salvo para el otorgamiento de los beneficios aquí establecidos o cubrir cualquiera obligación laboral a favor de dicho Asegurado.

MOVIMIENTOS DEL FONDO EN ADMINISTRACIÓN:

El Fondo en Administración de cada uno de los Asegurados se calculará en cada Fecha Mensual así:

- a) El saldo establecido en la Fecha Mensual previa; más
- b) Las aportaciones recibidas desde la Fecha Mensual previa; más
- c) Intereses Acreditados; menos
- d) Gastos Operativos; menos
- e) Costo de Protección; menos
- f) Cualquier impuesto o derecho que proceda.

La Fecha Mensual será la que defina La Compañía para la actualización de cada uno de los Fondos en Administración.

COSTO DE PROTECCIÓN: Este costo se determinará mensualmente conforme a los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, aplicando los costos unitarios de protección correspondientes al Programa de Coberturas.

GASTOS OPERATIVOS: Estos gastos se determinarán mensualmente conforme a los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros para cubrir los Gastos de Adquisición y Administración del Plan.

INTERÉS ACREDITABLE: Pólizas en Moneda Nacional (Lempiras) Mientras no se manifiesten en la economía condiciones de interés real menor al 2% anual la Compañía garantiza acreditar mensualmente sobre el Fondo en Administración, una tasa de rendimiento anual de por lo menos dos (2) puntos arriba de la tasa de inflación publicada por el Banco Central de Honduras.

En condiciones de interés real menor o igual al 2% anual, el Interés Acreditable será el 90% del que la Compañía obtenga de la inversión de los recursos provenientes de este tipo de contratos.

La Compañía garantiza que el interés mínimo acreditable será el 5% (cinco por ciento) efectivo anual, equivalente al 0.407412 efectivo mensual.

Pólizas en Moneda Extranjera (US Dólares)

El Interés Acreditable dependerá del que LA COMPAÑÍA obtenga de la inversión de los recursos en US Dólares provenientes de este tipo de contratos. LA COMPAÑÍA garantiza que el interés mínimo acreditable será el 3% (tres por ciento) efectivo anual, equivalente al 0.246627% efectivo mensual.

ESTADO DE CUENTA: La Compañía enviará, al menos una vez al año, a el último domicilio reportado por el Asegurado, un detalle que refleje los movimientos registrados en su Fondo en Administración, desde la fecha del Estado de Cuenta previa.

FONDO EN ADMINISTRACIÓN NEGATIVO: Si en los dos (2) primeros años, contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza, el Fondo en Administración resultare negativo, esta Póliza continuará en vigor siempre y cuando el Asegurado haya cumplido con el Programa de aportaciones establecido. Caso contrario, se aplicará el Período de Gracia indicado en el Capítulo Tercero Programa de Aportaciones.

RECTIFICACIÓN DE VALORES APLICADOS: En caso de cualquier error u omisión en la aplicación de las aportaciones o en el cálculo de cualquier valor aplicado al Fondo en Administración, la Compañía efectuará la rectificación correspondiente, reflejándola en el Estado de Cuenta siguiente.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES

A continuación, se enumeran las exclusiones de la presente Póliza, por lo tanto, ninguna reclamación o evento a consecuencia de ellas, está amparada en la presente Póliza.

A- COBERTURA DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DIMAP)

Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura. no se concederán si la muerte o pérdidas orgánicas del Asegurado se debe a:

- a. Enfermedades, padecimientos mentales, operaciones quirúrgicas o tratamiento médico de cualquier naturaleza que no sean originados por un accidente cubierto;
- b. Suicidio o su tentativa, así como lesiones provocadas por el propio asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;
- c. El desempeño de funciones policiacas, el servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones;
- d. Homicidio o tentativa de homicidio, si resulta de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales:
- e. Asesinato o tentativa de asesinato,
- f. Riña, en la que el Asegurado haya sido el provocador;
- g. Accidente de Navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero, en aviones de Empresas Comerciales, en vuelo regular, destinados al servicio de pasajeros y mientras dichos aviones sean manejados por Pilotos de Planta, dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente;
- h. Actos delictivos intencionales cometidos por el propio asegurado;
- i. Carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos:
- j. Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo;
- k. Radiaciones ionizantes;
- l. Alcoholismo, influencia de bebidas alcohólicas, uso de narcóticos o estupefacientes y tratamiento de los mismos; siempre y cuando, en este caso se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, 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 o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas a menos que estas sean bajo prescripción médica.

B- EXENCIÓN DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ECSIT):

El derecho establecido en esta Cobertura, no se concederá si la invalidez total y permanente del Asegurado se debe a:

- a. Enfermedades, padecimientos mentales, o lesiones corporales ocurridos antes de la fecha de vigencia o de la última rehabilitación de esta Cobertura;

- b. Tentativa de Suicidio, así como lesiones provocadas por el propio asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;
- c. Cualquier enfermedad mental;
- d. El desempeño de funciones policíacas, el servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones;
- e. Participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales;
- f. Riña, en la que el Asegurado haya sido el provocador;
- g. Carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos;
- h. Accidente de Navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero, en aviones de Empresas Comerciales, en vuelo regular, destinados al servicio de pasajeros y mientras dichos aviones sean manejados por Pilotos de Planta, dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente;
- i. Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo;
- j. Radiaciones ionizantes;
- k. Alcoholismo, influencia de bebidas alcohólicas, uso de narcóticos o estupefacientes y tratamiento de los mismos; siempre y cuando, en este caso se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, 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 o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas a menos que estas sean bajo prescripción médica.
- l. La influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si han sido prescritos por un médico;
- m. Si el estado de invalidez es parcial, aun cuando sea permanente; o invalidez total pero no permanente.

C- RENTA MENSUAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (REMI):

El derecho establecido en esta Cobertura, no se concederá si la invalidez total y permanente del Asegurado se debe a:

- a) Enfermedades, padecimientos mentales o lesiones corporales ocurridos antes de la fecha de vigencia o de la última rehabilitación de esta Cobertura;
- b) Tentativa de Suicidio, así como lesiones provocadas por el propio asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;
- c) Cualquier enfermedad mental;
- d) El desempeño de funciones policíacas, el servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones;

- e) Participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales;
- f) Riña en la que el Asegurado haya sido el provocador;
- g) Carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos;
- h) Accidente de Navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero, en aviones de Empresas Comerciales, en vuelo regular, destinados al servicio de pasajeros y mientras dichos aviones sean manejados por Pilotos de Plant4 dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente;
- i) Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo;
- j) Radiaciones Ionizantes;
- k) Alcoholismo, influencia de bebidas alcohólicas, uso de narcóticos o estupefacientes y tratamiento de los mismos; siempre y cuando, en este caso se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, 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 o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas a menos que estas sean bajo prescripción médica.
- l) La influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si han sido prescritos por un médico;
- m) Si el estado de invalidez es parcial, aun cuando sea permanente; o invalidez total pero no permanente.

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.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

CLÁUSULA No. 4 DEFINICIONES

Para efectos de esta póliza, se define lo siguiente:

ASEGURADO: Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro con la Compañía, por medio de este contrato, la persona asume derechos y obligaciones.

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.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES. La Compañía le emitirá al Contratante un Certificado Individual de Seguro que deberá ser entregado a cada uno de los asegurados en esta Póliza, en el cual se hará constar la protección de seguro a que tiene derecho, los beneficiarios y las Condiciones Generales que le conciernen personalmente. Estos Certificados formarán parte de esta póliza.

En caso de que la suma asegurada inscrita en el Registro sea distinta a la que figura en el Certificado Individual, si tal diferencia se descubre con posterioridad a la muerte del Asegurado, la Compañía pagará la suma asegurada mayor. Si la diferencia se descubre antes, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, modificará la inscripción en el registro y sustituirá el Certificado correspondiente.

CONTRATANTE: Es el dueño de la Póliza y puede ejercer durante la vida del Asegurado, cualquier derecho, privilegio u opción contenido en esta Póliza. Cuando el Contratante y el Asegurado Principal son la misma persona, todos los derechos, privilegios u opciones se reunirán en la persona del Asegurado. Cualquier cambio de Contratante deberá ser solicitado por escrito y sólo será efectivo cuando sea aprobado y registrado por la Compañía.

FONDO ACUMULADO: Son las aportaciones efectuadas por el Asegurado a su Seguro Ahorroflex (Protección-Capitalización), serán acreditadas a un Fondo en administración individual, cuyo propósito es cubrir el Costo de Protección y los gastos operativos, así como constituir el capital necesario para alcanzar los Objetivos de Capitalización y Retiro.

FONDO DE ADMINISTRACIÓN: Corresponde al Fondo Acumulado que es administrado por la Compañía.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: La incapacidad permanente total es la situación en la que un Asegurado después de una enfermedad o accidente presenta reducciones anatómicas o funcionales que le impiden desempeñar las funciones fundamentales de su trabajo habitual.

LA COMPAÑÍA: SEGUROS BOLIVAR HONDURAS, S.A. (SEGUROS DAVIVIENDA)

LA LEY: Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

PROGRAMA DE COBERTURAS: Está constituido por la Cobertura Básica por Fallecimiento y las Coberturas Adicionales que opcionalmente pueden ser contratadas.

REGISTROS DE ASEGURADOS: El Contratante queda obligado a proporcionar puntualmente a la Compañía toda la información relativa a: 1) Solicitudes de ingreso de nuevos miembros del grupo; 2) Notificación de las bajas de los asegurados; 3) Los Anexos constituidos por los consentimientos de los miembros del grupo para ser asegurados; 4) Cambios que se operen en la cuantía de la suma de seguro de los Asegurados. A requerimiento de la Compañía, estará obligado a franquearles el examen de los registros y nóminas del personal y a proporcionarles toda la información referente los miembros del grupo, que tenga o pueda tener relación con lo pactado en esta póliza.

SEGURO INDIVIDUAL. La suma asegurada para cada Asegurado será por el equivalente a 25 salarios nominales mensuales. En caso de que la suma asegurada inscrita en el Registro de Asegurados de algún Asegurado sea distinta a la que figura en el Certificado Individual, si tal diferencia se descubre con posterioridad a la muerte del Asegurado, la Compañía pagará la suma asegurada mayor. Si la diferencia se descubre antes, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, modificará la inscripción en el registro y sustituirá el Certificado correspondiente.

SUMA ASEGURADA: Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, considerando los decrementos y/o los incrementos de suma asegurada contratados hasta la fecha del siniestro, más el saldo de Fondo en Administración a la fecha en que se haga la liquidación.

CLAUSULA No.5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía será la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza cubriendo los riesgos contratados y que pudieren acaecer durante la vigencia de cobertura de esta póliza.

CLAUSULA 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.

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 (1) 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

El Programa de Coberturas y los Objetivos de Capitalización y Retiro se han fijado sobre la base de una Prima Programada anual y anticipada, sin embargo, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía, realizar el pago de la Prima Programada por períodos semestrales, siempre anticipadamente, lo cual se hará constar en la Póliza.

Toda aportación deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo oficial correspondiente. No es deber de la Compañía dar noticia de los vencimientos de aportaciones 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 VIGENCIA

La vigencia de este Contrato será anual, efectiva a partir del día siguiente al de su expedición y se renovará automáticamente al final de cada año de vigencia, salvo que el Asegurado solicite por escrito con por lo menos treinta (30) días de anticipación a su vencimiento, el deseo de no renovarlo.

CLÁUSULA No.9 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 Asegurado deberá notificar por escrito el cambio a la Compañía a través del contratante, 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 de beneficiario, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y la Compañía a través del contratante 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.

El contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiarios; tampoco podrá ser designado beneficiario por los mismos, ni aparecer como cesionario de los derechos a las sumas aseguradas correspondientes.

CLÁUSULA No. 10 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante queda obligado a proporcionar puntualmente a la Compañía toda la información relativa a:

- a) Solicitudes de ingreso de nuevos miembros del grupo asegurado;
- b) Notificación de las bajas de los asegurados;
- c) Los Anexos constituidos por los consentimientos de los miembros del grupo para ser asegurados; y,
- d) Cambios que se operen en la cuantía de la suma asegurada de los Asegurados. A requerimiento de la Compañía, estará obligado a presenta.

CLÁUSULA No. 11 PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante no deberá:

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

CLÁUSULA No. 12 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.

CLÁUSULA No.13 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.

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. Los documentos originales a presentar para el análisis y pago de la reclamación aparecen enlistados en estas Condiciones Generales.

1. Cobertura Básica Por Fallecimiento:

La Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado e inscritos en la Póliza, la suma que corresponda y se describa en las Condiciones Particulares.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que el Contrato se encuentre en vigor y hubieren transcurrido más de dos (2) años desde su expedición o de su última rehabilitación, en vida del Asegurado, la Compañía se obliga a pagar una parte de la Suma asegurada de la Cobertura Básica por Fallecimiento que se estipula en el Programa de Coberturas, al beneficiario designado en la póliza, con la sola presentación del Certificado Médico de Defunción o del acta de Defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que tenga que efectuar la Compañía.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que primero presente dicho documento.

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será como máximo el 25% de la suma asegurada, sin exceder el valor de treinta (30) veces el salario mínimo mensual vigente para el sector financiero y asegurador. La cantidad que por este concepto pague la Compañía será descontada al beneficiario que la reciba, de la liquidación final a que tenga derecho.

2) En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado:

a) Cobertura de Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT):

Si el contratante contrató la cobertura de Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT), la Compañía acreditará al Fondo en Administración, el costo de protección anual de la Cobertura Básica por

Fallecimiento de acuerdo con la suma asegurada vigente al momento de la Invalidez Total y Permanente según los términos de dicho beneficio.

Si el Asegurado se rehabilita o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesaran automáticamente los efectos de Exención del Costo del Seguro.

La Compañía quedará en espera de las instrucciones del Contratante y/o Asegurado y, en su caso de las nuevas aportaciones de prima para mantener su seguro en vigor. Mientras tanto se aplicará lo estipulado en el numeral 3 de **OBJETIVOS DE CAPITALIZACIÓN Y RETIRO**.

b) Cobertura de Renta Mensual por Invalidez Total y Permanente (REMI):

Si se ha contratado esta cobertura, LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado la renta mensual correspondiente, según los términos de dicho beneficio. Si el Asegurado se rehabilita, se suspenderá el pago desde la fecha de la rehabilitación.

CLÁUSULA No. 14 TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Seguro de una persona amparada por esta póliza terminará de manera automática e inmediata en las siguientes fechas:

- a) Aquella en que deje de hacer efectiva cualquier contribución a que se viere obligado, sin perjuicio del período de gracia de treinta (30) días.
- b) Cuando el Asegurado no cumpla con su obligación de dar al Contratante la parte de la prima que pudiera corresponderle, éste podrá notificarlo a la institución aseguradora con al menos treinta (30) días de anticipación de tal situación con acuse de recibo.

CLÁUSULA No. 15 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 calendario de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato de seguro.

CLÁUSULA No. 16 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro 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. 17 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación 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 salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA No. 18 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito a su domicilio social. Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

CLÁUSULA No. 19 TERRITORIALIDAD

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

CLÁUSULA No. 20 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; en este caso la responsabilidad de la Compañía se limitará al pago del Fondo en Administración.

Si el Contratante hubiese solicitado incrementos en la suma asegurada de algún asegurado, y el suicidio ocurre antes de haber transcurrido dos (2) años desde la fecha de inicio de la vigencia de los mismos, la responsabilidad de la Compañía se limitará al pago de la suma correspondiente a:

- a) Los beneficios de cualquier cobertura por fallecimiento que hayan estado en vigor por más de dos (2) años durante la vida del Asegurado;
- b) El reembolso del Costo de Protección de los incrementos con menos de dos (2) años de vigencia en vida del Asegurado.

CLÁUSULA No. 21 EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía para ingresar como Asegurado son quince (15) años como mínimo y sesenta y cinco (65) años como máximo.

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 hiciera en vida del Asegurado, la Compañía extenderá la respectiva constancia y no podrá exigir nuevas pruebas sobre este extremo, para efectuar cualquier pago.

Si en vida del Asegurado se comprueba que la edad declarada es diferente a la edad real pero encontrándose dentro de los límites de admisión arriba indicados, se procederá de la siguiente manera: la Compañía calculará de acuerdo con la edad real y los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, el Programa de Coberturas y/o el Programa de Aportaciones, haciendo los ajustes necesarios al Fondo en Administración, siguiendo los procedimientos establecidos en la Cláusula No. 35 Valores de Rescate.

Si como resultado de dichos ajustes, el Fondo en Administración resultare negativo, se aplicará el Período de Gracia indicado en el capítulo Tercero Programa de Aportaciones. Caso contrario, la póliza continuará en vigor siguiendo su curso normal de acuerdo con la edad real. Si al comprobar la edad, ésta resulta fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, el certificado individual se rescindirá, quedando a disposición del Asegurado el Fondo en Administración correspondiente.

Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se comprobara que la edad declarada es incorrecta y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión establecidos. La Compañía pagará el monto de las coberturas que se hubiere podido comprar con las aportaciones cubiertas de acuerdo con la edad real. Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al momento del ingreso como Asegurado y las bases técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

CLÁUSULA No. 22 PERIODO DE GRACIA

En caso de que el Contratante no efectúe el pago de las Aportaciones de uno, varios o todos los Asegurados en la fecha de su vencimiento, esta Póliza no caducará, pero la cobertura de cada Asegurado quedará sujeta a que el Fondo en Administración individual sea suficiente para cubrir el Costo de Protección y los Gastos Operativos.

En caso de insuficiencia o agotamiento del Fondo en Administración de un Asegurado, el Programa de Coberturas permanecerá vigente durante treinta y uno (31) días y el Contratante dispondrá de dicho plazo para aportar al Fondo en Administración de ese Asegurado las aportaciones pendientes de pago, según el último salario reportado.

Si al término de dicho plazo las aportaciones pendientes de pago no son realizadas, los efectos de la póliza cesarán de inmediato para ese Asegurado y quedará cancelado su Programa de Coberturas y los Objetivos de Capitalización y Retiro.

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 cualquier anticipo o deducción que se le adeude sobre dicho Asegurado y, en su caso, el Costo de Protección correspondiente al período que falte para completar el año-póliza.

CLÁUSULA No. 23 REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado, como lo prevé la Cláusula No. 22 Período de Gracia, el Asegurado podrá solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la cancelación.

La rehabilitación quedará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad a costa del Asegurado y a satisfacción de la Compañía, de acuerdo con sus políticas vigentes, así como al pago de la Prima Programada, según la forma de pago.

CLÁUSULA No. 24 INDISPUTABILIDAD

Cada certificado individual será indisputable a partir de la fecha en que cumplan 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 Contratante solicitara incrementos en la suma asegurada de la póliza, éstos 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. 25 VALORES GARANTIZADOS

Es el derecho que tiene el Asegurado sobre la póliza de seguro, que están constituidos por:

1. Fondo de Administración: Corresponde al Fondo Acumulado que es administrado por la Compañía.
2. Valor de Rescate (Cláusula No. 35 **VALORES DE RESCATE**).

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. Si las aportaciones y la suma asegurada de esta Póliza han sido pactadas en dólares, moneda de los Estados Unidos de América (U.S. DOLARES), las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza también serán liquidables en U.S. DOLARES, salvo disposición legal en contrario.

CLÁUSULA No. 27 CESIÓN

Esta póliza no podrá ser cedida en garantía a terceras personas.

CLÁUSULA No. 28 MÉTODOS DE CALCULO

Todos los cálculos relacionados con el presente Contrato se realizarán aplicando los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

CLÁUSULA No. 29 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 funcionarios autorizados de la Compañía que se agregará a la Póliza y si procede, actualizará las Condiciones Particulares. Los agentes, corredores, promotores de seguros o cualquier otra persona de la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

CLÁUSULA No. 30 LIQUIDACIÓN

Todo adeudo del Asegurado en relación con esta Póliza a favor de la Compañía, será deducido de cualquier pago que esta hubiere de hacer al Asegurado o a los beneficiarios, en razón de la misma. Si el pago fuera por fallecimiento del Asegurado, la Compañía deducirá, además, la cantidad que falte para completar el Costo de Protección anual correspondiente al año en que ocurra el fallecimiento, si se hubiere establecido el pago de las aportaciones en forma fraccionada.

CLÁUSULA No. 31 APLICACIÓN DEL FONDO EN ADMINISTRACIÓN

1- En caso de fallecimiento del Asegurado dentro de la vigencia de la póliza:

Al ocurrir el fallecimiento de un asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, la cantidad que resulte mayor entre: 1) La suma asegurada que aparece en la Relación de Asegurados, considerando los decrementos y/o los incrementos de suma asegurada contratados hasta la fecha del siniestro, y 2) El Fondo en Administración del asegurado constituido a la fecha en que se haga la liquidación.

2- Cobertura de Renta Mensual por Invalidez Total y Permanente (REMI):

Si se ha contratado esta cobertura, la Compañía pagará al Asegurado la renta mensual correspondiente, según los términos de dicho beneficio. Si el Asegurado se rehabilita se suspenderá el pago desde la fecha de la rehabilitación.

3- En caso de sobrevivencia del Asegurado al vencimiento de la póliza:

Si el asegurado sobrevive a la edad de retiro, el saldo del Fondo en Administración quedará como Capital Final a disposición del Asegurado y el contrato se dará por terminado. El Asegurado dispondrá de las siguientes opciones de retiro.

- a) **Retiro Programado:** Consiste en retirar el Fondo en Administración en 60 cuotas mensuales o un plazo mayor, en cuyo caso el monto de la cuota se determinará dividiendo el monto acumulado entre 60 o el

plazo elegido. El FONDO EN ADMINISTRACION INDIVIDUAL continuará devengando rendimientos sobre su saldo que se capitalizarán mensualmente.

El monto de la cuota se ajustará anualmente en forma automática. El monto de la nueva cuota se determinará dividiendo el saldo del FONDO EN ADMINISTRACION INDIVIDUAL en la fecha del ajuste entre el número de cuotas pendientes de retiro. La última cuota incluirá el saldo del FONDO EN ADMINISTRACION INDIVIDUAL que exista en ese momento.

Si el AFILIADO falleciere antes de la extinción de FONDO EN ADMINISTRACION INDIVIDUAL, las rentas sucesivas continuarán pagándose a los beneficiarios, o éstos si lo prefieren pueden retirarlas en una sola cuota.

- b) Renta Vitalicia:** Consiste en la compra de una renta vitalicia mensual, cuyo monto se establecerá en la fecha del retiro, aplicando como prima única el saldo del FONDO EN ADMINISTRACION INDIVIDUAL.

CLÁUSULA No. 32 LUGAR DE PAGO DE LAS APORTACIONES

Toda aportación deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo oficial correspondiente. No es deber de la Compañía dar noticia de los vencimientos de aportaciones 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.

CLAUSULA No. 33 RESPONSABILIDAD PATRONAL

Cuando el Contratante pague la aportación total o una parte de ella" lo cual se hará constar en las Condiciones Particulares de la Póliza, éste será el cesionario de la póliza hasta por la parte alícuota que le corresponda para garantizar prestaciones laborales que le pudieren incumbir, de conformidad con la Ley. En consecuencia, todo pago o indemnización a favor de cualquier asegurado o beneficiario, se aplicará en primer lugar para cubrir las obligaciones laborales a que estuviere obligado el Contratante por riesgos profesionales, cesantías o de otro tipo, de conformidad con el Código del Trabajo de la República de Honduras. Cualquiera diferencia de más entre el monto del pago o indemnización y la cantidad necesaria para satisfacer la obligación laboral a cargo del Contratante, será pagada al asegurado o beneficiario según corresponda.

Cuando no hubiere responsabilidad laboral, quedan sin efecto los derechos del Cesionario.

CLÁUSULA No. 34 PAGO INMEDIATO PARCIAL AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que el Contrato se encuentre en vigor y hubieren transcurrido más de dos (2) años desde su expedición o de su última rehabilitación, en vida del Asegurado, la Compañía se obliga a pagar una parte de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por Fallecimiento que se estipula en el Programa de Coberturas, al beneficiario designado en la póliza, con la sola presentación del Certificado Médico de Defunción o del acta de Defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que primero presente dicho documento. La cantidad que por este concepto pague la Compañía será como máximo el 25% de la suma

asegurada, sin exceder el valor de treinta (30) veces el salario mínimo mensual vigente para el sector financiero y asegurador.

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será descontada al beneficiario que la reciba, de la liquidación final a que tenga derecho.

CLÁUSULA No. 35 VALORES DE RESCATE

1) **RESCATE TOTAL:** En caso de cancelación de esta póliza, sea por solicitud escrita del Contratante a la Compañía o alguna otra causa" ésta procederá al pago de los respectivos Fondos en Administración Individual menos los cargos por rescate correspondiente, según la TABLA DE CARGOS POR RESCATE presentada a continuación quedando sin efecto a partir de la fecha de cancelación las coberturas de seguro:

*Tabla Cargos por Rescate
AF COLECTIVO*

Año	Cargo x Rescate
1	100.00%
2	50.00%
3	35.00%
4	25.00%
5	15.00%
6	10.00%
7	5.50%
8	3.00%
9	1.25%
10 o +	0.00%

El Cargo por Rescate se calculará en forma individual de acuerdo con la antigüedad del Asegurado en la Póliza y los porcentajes antes indicados.

2) **RESCATE PARCIAL:** En caso de cese del Seguro Individual de algún Asegurado, la Compañía procederá al pago del Fondo en Administración Individual menos el cargo por rescate correspondiente, quedando sin efecto las coberturas de seguro a partir de la fecha del cese del seguro. El Cargo por Rescate se calculará de acuerdo con la antigüedad del Asegurado en la póliza y aplicando una proporción no mayor del 20% sobre los porcentajes indicados en la anterior TABLA DE CARGOS POR RESCATE.

Todo Valor de Rescate lo efectuará la Compañía directamente al Contratante. Los Rescates Parciales los efectuará la Compañía dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del cese del Seguro Individual y los Rescates Totales dentro del ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de la cancelación de la Póliza, en el entendido que mientras no se efectúe el pago se continuarán aplicando los rendimientos que se generen por la inversión del Fondo. Si el Plan es "Contributorio", el Contratante deberá efectuar el pago del Valor de Rescate correspondiente directamente al Asegurado, quedando la Compañía liberada de toda responsabilidad con respecto a dicho pago.

CLÁUSULA NO. 36 CESE DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de una persona amparada por esta póliza terminará de manera automática e inmediata en las siguientes fechas: a) Aquella en que deje de ser miembro o empleado del Contratante; b) Aquella en que sea dado de baja por el Contratante; c) Aquella en que cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años; d) Aquella en que el Fondo en Administración sea insuficiente para cubrir el Costo de Protección y los Gastos Operativos, sin perjuicio del Período de Gracia de treinta y un (31) días que se establece en el Capítulo Tercero. D) Aquella en que esta Póliza sea cancelada. Cuando un Asegurado no cumpla con su obligación de dar al Contratante la parte de la prima que pudiera corresponderle, éste queda facultado para solicitar a La Compañía la baja de aquel en el Registro de Asegurados.

Si el Contratante no notifica a La Compañía que uno o algunos de los miembros asegurados ha o han causado baja en el grupo asegurable, éstos continuarían gozando de los beneficios de esta Póliza mientras el Fondo en Administración sea suficiente para cubrir el Costo de Protección y los Gastos Operativos.

CLÁUSULA NO. 37 CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA.

Esta Póliza y el seguro de cada uno de los asegurados terminará de manera automática e inmediata en las siguientes fechas: a) Aquella en que el número de asegurados sea menor de 10 personas; b) Aquella en que se asegure menos del 80% de los miembros del grupo asegurable; c) Aquella en que el Contratante solicite la cancelación.

CLÁUSULA NO. 38 ACEPTACION DE ASEGURADOS

Para que una persona pueda ser inscrita en la Relación de Asegurados deberá: a) Ser miembro o empleado del Contratante; b) Que el grupo asegurable sea por lo menos de 10 personas; b) Que se asegure el 80% cuando menos, siempre que este porcentaje no sea inferior a 10 personas; c) Que su edad esté comprendida entre los quince (15) y sesenta y cinco (65) años de edad, a su más próximo cumpleaños; d) Que de su consentimiento escrito en el formulario proporcionado por la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de celebración del Contrato o de haber ingresado al grupo asegurable, si su ingreso fue en una fecha posterior. Tratándose de menores de edad, se requerirá además el consentimiento de su representante legal; e) Que la inscripción se solicite dentro de los treinta (30) días antes indicados.

Cuando algún miembro o empleado no se asegura dentro del plazo de los treinta (30) días, queda obligado a presentar a la Compañía y a su costo, pruebas de asegurabilidad satisfactorias. En este caso el seguro comenzará a surtir efectos hasta cuándo La Compañía haya aceptado y comunicado como buenas dichas pruebas. La persona a quien se hubiere dirigido la presentación de pruebas de asegurabilidad y causare baja en el grupo antes de que las mismas hayan sido aceptadas, quedará obligada a cumplir con este requisito en el caso de que volviera a reingresar. Para los efectos de la Póliza, se considerarán empleados del Contratante, los de las Compañías, Corporaciones, Firms Subsidiarias o Afiliadas detalladas en la Oferta de Seguros.

A solicitud del Contratante se pueden agregar nuevas Compañías Subsidiarias o Afiliadas y éste queda obligado a comunicar por escrito la separación de cualquiera de ellas. No estarán asegurados los empleados de las Compañías no inscritas en esta Póliza.

CLÁUSULA No. 39 CONVERSIÓN

En caso de cese de la cobertura individual de algún asegurado, éste mediante solicitud escrita a La Compañía presentada antes de que hayan transcurrido treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que dejó de pertenecer al grupo asegurado o de la cancelación de esta póliza, podrá convertir su seguro a una póliza de Ahorreflex individual sin necesidad de pruebas de asegurabilidad, bajo las siguientes condiciones: a) La Póliza será emitida sin beneficios adicionales, sin embargo, éstos podrán ser incluidos presentando evidencias de asegurabilidad a satisfacción de La Compañía; b) La suma asegurada podrá ser igual o menor a la estipulada en la Relación de Asegurados, si se elige una suma menor, ésta no podrá ser inferior a la exigida por la Compañía en sus seguros individuales; c) La prima será la que corresponda a la clase de riesgo asumido, al importe y edad del asegurado en su cumpleaños más próximo a la fecha de la conversión. d) La fecha de vigencia será la misma de su cobertura original; .e) La forma de pago de la nueva prima será anual y anticipada a partir de la fecha de la conversión, sin embargo, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía, realizar el pago por períodos semestrales o trimestrales, siempre anticipadamente, lo cual se hará constar en la póliza; f) Las Cláusulas de Indisputabilidad y Suicidio, en lo que se refiere a la Cobertura Básica, se aplicaran a partir de la fecha de vigencia original.

CLÁUSULA No. 40 PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Compañía actuará con celeridad y diligencia en todo el proceso de pago de indemnizaciones.

La Compañía, de conformidad con el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, establece que:

- a) En los certificados de seguros cuyo valor asegurado sea de hasta trescientos mil lempiras (Lps. 300,000.00), o su equivalente para las pólizas emitidas en moneda extranjera (US\$), efectuará el pago de la indemnización que le correspondiere dentro de los sesenta (60) días contados a partir del recibo de la respectiva documentación., pudiendo La Compañía, dentro del mismo plazo, objetar parcial o totalmente de manera fundamentada la reclamación; y
- b) En los certificados de seguros cuyo valor asegurado exceda de trescientos mil lempiras (Lps. 300,000.00), o su equivalente para las pólizas emitidas en moneda extranjera (US\$) efectuará el pago de la indemnización que le correspondiere dentro de los sesenta (60) días contados a partir del acuerdo de ajuste de la pérdida entre las partes.

La Compañía, tomando como base el valor de la moneda nacional, ajustará cada dos años el valor de los contratos de seguro arriba mencionados.

Si La Compañía hubiere pagado un siniestro dentro del plazo señalado y posteriormente comprueba que existió dolo o fraude, repetirá contra quien haya recibido el pago ilegalmente.

En caso de siniestro por el cual se reclame una indemnización, La Compañía podrá a más tardar en el momento del pago de la indemnización, rescindir el contrato. En este caso la responsabilidad de LA COMPAÑÍA terminará quince (15) días después de comunicarlo así al Asegurado y devolverá el saldo del Fondo en Administración de cada Asegurado.

CLÁUSULA No. 41 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 Foreign 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. 42 NORMAS SUPLETORIAS

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