

SEGURO DE VIDA 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 devolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiera recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del Contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la Póliza o Contrato.

CLÁUSULA 1.- COBERTURA

COBERTURA BÁSICA: FALLECIMIENTO

Bajo esta cobertura, la Compañía se obliga a pagar hasta por la Suma Asegurada el fallecimiento del Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en las condiciones particulares y/o especiales, según el caso. Se incluyen en esta cobertura personas de dieciocho (18) a sesenta cinco (65) años, con terminación de la cobertura al cumplir los setenta y cinco (75) años.

COBERTURAS ADICIONALES

La Compañía, según su criterio, pondrá a disposición del Contratante y/o Asegurado una serie de coberturas adicionales que amplían o complementan la cobertura básica ofrecida. Dichas coberturas adicionales serán aplicables siempre que se realice el pago adicional de las primas correspondientes y se detallen en las condiciones particulares y/o especiales de la Póliza.

CLÁUSULA 2.- EXCLUSIONES

Este seguro no cubrirá cuando el fallecimiento o lesiones del Asegurado se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de:

- 1. Suicidio antes del segundo año de vigencia de la Póliza o intento de suicidio o lesión provocada por el Asegurado a sí mismo.**
- 2. Enfermedades preexistentes desde el momento de suscribir la Póliza; no obstante, esta cobertura está amparada en el presente Contrato de Seguro, a partir del segundo año de vigencia de la Póliza.**
- 3. No se ampara el fallecimiento, pérdidas orgánicas y/o daños causados al Asegurado por encontrarse bajo la influencia de drogas, alcohol u otras sustancias tóxicas.**
- 4. Lesiones por participación en huelgas, riñas o duelos.**

5. **Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA); no obstante, esta cobertura está amparada a partir del tercer año de vigencia de la Póliza.**
6. **Fallecimiento a consecuencia de la participación en huelgas, riñas, duelos o tratar de cometer alguna participación en la comisión de cualquier delito por parte del Asegurado.**
7. **Guerra declarada o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, operaciones hostiles o bélicas (se haya declarado la guerra o no), terrorismo, guerra civil, actos de sedición, conmociones civiles que alcancen proporciones o tengan carácter de alzamiento popular, alzamiento militar, asonadas, rebeliones, revoluciones, poderes militares o usurpados, ley marcial y reclamaciones directas o indirectamente derivadas de la fisión o de la fusión nuclear, o de radiactividad.**
8. **Fallecimiento o lesiones de cualquier naturaleza, relacionados directa o indirectamente con cualquier acto de terrorismo por parte del Asegurado. Se entenderá por un acto terrorista como una conducta calificada como tal por la Ley, provocados por personas o grupos, motivados por causas políticas, religiosas, ideológicas, o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población o a cualquier segmento de esta.**
9. **El desempeño de servicio militar, naval o de seguridad, vigilancia o policía.**
10. **Fallecimiento por lesiones corporales causadas intencionalmente al Asegurado por: a) El o los Beneficiario(s). b) Cualquier otra persona, como consecuencia de actos ilícitos cometidos por el Asegurado.**
11. **Fallecimiento o lesiones causadas al Asegurado, relacionadas con actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal vigente y demás legislación aplicable del país.**
12. **Fallecimiento del Asegurado por la práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.**

CLÁUSULA 3.- FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro queda constituido por las Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, las Condiciones Particulares, Formato de Consentimiento del Asegurado, Certificado Individual de Seguro, el Registro de Asegurados, los anexos o endosos y

condiciones especiales; sí las hubiere y que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación del Contratante.

CLÁUSULA 4.- DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación del presente Contrato de Seguro, se establecen las definiciones siguientes:

- a) **ACCIDENTE:** Para efectos de esta Póliza se entenderá por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos e independientes de la voluntad del Asegurado y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, apopléjicos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, afecciones e infecciones de cualquier naturaleza que sufra el Asegurado.
- b) **ASEGURADO:** Persona natural o jurídica suscriptora de la Póliza, que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo. Es la persona indicada en el Certificado o el Registro de Asegurados objeto del seguro.
- c) **BENEFICIARIO (S):** Persona natural o jurídica designada por el Asegurado que recibirá indemnización en caso de siniestro; el Beneficiario recibirá la diferencia monetaria que resulte de la Suma Asegurada y lo que adeude el Asegurado a la Institución Contratante de la Póliza como suma de los saldos no vencidos y adeudados, incluyendo intereses corrientes, moratorios y otros cargos en el momento de su muerte o de la declaratoria del estado de invalidez o incapacidad total permanente.
- d) **CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** Documento que se emite a favor de una persona individual que se adhiere a un seguro colectivo y contiene las principales condiciones generales de la Póliza de seguros y las condiciones particulares del Asegurado.
- e) **COMISIÓN O CNBS:** Comisión Nacional de Bancos y Seguros
- f) **COMPAÑIA:** Institución de Seguros denominada Seguros Banrural Honduras, S.A.
- g) **CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las instituciones de seguros para regular los Contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede

ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza de seguro, siempre y cuando sean comunicadas al Asegurado.

- h) **CONDICIONES ESPECIALES:** Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar coberturas, reducir algunas exclusiones, aclarar cláusulas y en general, modificar el contenido o efectos de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
- i) **CONDICIONES PARTICULARES:** Estipulaciones del Contrato de Seguro relativas a la naturaleza del riesgo cubierto que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del Asegurado y los beneficiarios, si los hubiere, la descripción de la materia asegurada, la Suma Asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, el lugar y la forma de pago, vencimiento de la prima, la vigencia del Contrato, entre otros. Es el documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de Póliza, nombre del Contratante, identificación completa de la Compañía, monto de la prima, forma y lugar de pago, periodo de vigencia y la firma de la Compañía.
- j) **CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO:** Es el documento donde se indica el consentimiento y los datos particulares del Asegurado, como son: número de Consentimiento-Certificado, nombre del Asegurado, edad, sexo, nombres de su grupo familiar, coberturas, coberturas adicionales, identificación completa de la Compañía, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, y la firma de la Aseguradora.
- k) **CONTRATANTE:** Es la persona natural o jurídica que suscribe con una institución de seguros una Póliza o Contrato de Seguros.
- l) **DEUDOR ASEGURADO:** Es la persona deudora que en si misma o en sus bienes está expuesta al riesgo.
- m) **ENDOSO O ANEXO:** Documento que se adhiere a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- n) **ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:** Es aquella cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura, independientemente de que la persona haya o no tenido conocimiento del diagnóstico, y/o que exista un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.
- o) **GRUPO ASEGURABLE:** El que constituyen el personal, miembros o socios que forma parte activa del Contratante.

- p) **GRUPO ASEGURADO:** El que integran todas las personas que reúnan los requisitos de asegurabilidad y que, perteneciendo al Grupo Asegurable, quedaron inscritas en el Registro de Asegurados anexo a esta Póliza.
- q) **INSTITUCIÓN SUPERVISADA:** Son Instituciones del Sistema Financiero, Oficinas de Representación, Organizaciones Privadas de Desarrollo Financieras (OPDF), Instituciones de Seguros, Institutos Públicos de Previsión, Administradoras de Fondos de Pensiones y Cooperativas de Ahorro y Crédito supervisadas por la Comisión.
- r) **INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE:** Es la pérdida o inhabilitación absoluta y definitiva del asegurado, por adolecer de enfermedad física y/o mental a consecuencia de una enfermedad o accidente, y que presenta pérdida irreversible y definitiva de la capacidad para ejecutar cualquier trabajo lucrativo o para dedicarse a cualquier actividad de la que pueda derivar alguna utilidad para el resto de su vida y que para efecto de aplicación del presente Contrato de Seguro dicha pérdida deberá ser igual o mayor al sesenta y cinco por ciento (65%).
- s) **LEY:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros
- t) **MODELO DE CONTRATO O POLIZA DE SEGUROS Y FIANZAS:** Documento que se formaliza con el consentimiento del Contrato de Seguro en el que se reflejan las condiciones que, de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el Asegurador y el Asegurado o Contratante. Se encuentran comprendidos los endosos o anexos relacionados con la materia asegurada, las modificaciones realizadas durante la vigencia del Contrato y las bases técnicas. Se incluyen en esta definición los Contratos de fianzas.
- u) **PERÍODO DE GRACIA:** Lapso de treinta (30) días calendario que tiene Contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas.
Durante este periodo, la cobertura de la Póliza está en pleno vigor.
- v) **PERIODO DE CARENCIA O ESPERA:** Tiempo comprendido entre la fecha de efecto de la Póliza y el momento en que entran en vigor ciertas coberturas, siendo muy habitual en seguros de salud.
- w) **PRIMA COMERCIAL:** Es la que aplica la Compañía, a un riesgo determinado y para una cobertura concreta; incorpora la prima pura de riesgo, pero también los gastos por la evaluación del riesgo, los gastos administrativos, la comisión del canal de comercialización, entre otros.
- x) **SUMA ASEGURADA:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía por cada Asegurado, a consecuencia del riesgo cubierto de acuerdo con las estipulaciones

consignadas en esta Póliza y los documentos que forman parte de esta. Con el pago de la Suma Asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en el Consentimiento-Certificado de Seguro.

- y) **SOLICITUD DE SEGURO:** Documento mediante el cual el tomador del seguro o Contratante solicita o pide a la institución de seguros las coberturas de descritas en el documento y en consecuencia la emisión de la correspondiente Póliza.
- z) **PAGO CON CONTRIBUCIÓN:** Cuando el Contratante y los Asegurados contribuyen con un porcentaje de la prima para el pago de esta.
- aa) **PAGO SIN CONTRIBUCIÓN:** La prima que es pagada íntegramente por el Contratante.

CLÁUSULA 5.- LIMITES DE RESPONSABILIDAD

Es la cantidad máxima que la Compañía pagará al Contratante y/o Beneficiario ante la ocurrencia de alguno de los riesgos cubiertos y siempre que ocurran dentro de la vigencia de la presente Póliza. Dicho límite está establecido y debe aparecer estipulado en la Póliza del seguro.

CLAÚSULA 6.- DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado perderá todo derecho a las indemnizaciones y la Compañía quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta Póliza, cuando el Asegurado realice declaraciones que fueren falsas, inexactas o que contengan omisiones voluntarias, en la Solicitud de Seguro o cualquier otro documento que entregue a la Compañía respecto a hechos o circunstancias importantes para la apreciación y/o evaluación del riesgo al que se le dará cobertura, de conformidad con lo que al respecto se establece en los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.

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

La Compañía perderá el derecho de impugnar el Contrato si no manifiesta al Contratante y/o 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 año. Si el riesgo ocurre antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligado el Asegurador a pagar la indemnización. Si el seguro concerniera 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 Contratante 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 ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por el Asegurador o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el Contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieran noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor del Asegurador las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero.

CLÁUSULA 7.- PAGO DE PRIMA

La prima será calculada por la Compañía de acuerdo con la Suma Asegurada, riesgo, edad, entre otros, y; de acuerdo con las tarifas en vigor que se tengan, al momento de la celebración o renovación del Contrato.

La prima será pagada por el Contratante, y resultará de la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo de acuerdo con el análisis del riesgo, edad y Suma Asegurada.

La prima podrá ser cancelada de manera semanal, mensual, trimestral, semestral o anual; tal como lo determine la Compañía con el Contratante. Cuando existan pagos fraccionados en la Póliza, al momento de existir un reclamo, la prima deberá ser cancelada en su totalidad.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación. En este caso, la Compañía reembolsará al Contratante la prima no devengada, según lo establecido por el Contratante y la Compañía.

En los casos de altas dentro del grupo, o de aumentos en las Sumas Aseguradas, se cobrará al Contratante la prima por el período comprendido entre la fecha del nuevo seguro o cuando el aumento empiece a surtir efecto, y la fecha del vencimiento de la próxima prima.

CLÁUSULA 8.- VIGENCIA

La Compañía asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza que se hará constar en las condiciones particulares y/o especiales.

CLÁUSULA 9.- BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene la facultad de designar en la solicitud de seguro a sus Beneficiarios principales y de contingencia y el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos y serán a quienes la Compañía efectuara el pago de la Suma Asegurada a causa de fallecimiento del Asegurado.

El Asegurado podrá en cualquier momento y sin el consentimiento de su (s) beneficiario (s), hacer una nueva designación de nombres y los porcentajes de indemnización de los Beneficiario (s); siempre y cuando la Póliza este en vigor y no exista restricción legal alguna.

El cambio de Beneficiarios deberá ser notificado por escrito a la Compañía, expresando con claridad el o los nombres del beneficiario (s) y sus porcentajes de indemnización. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente en la Compañía, se indemnizará al último (s) Beneficiario (s) del que haya tenido conocimiento; tal situación no implicará responsabilidad alguna para la Compañía.

Si el Asegurado designa más de un (1) Beneficiario y no se indican los porcentajes para cada uno, la Compañía distribuirá la Suma Asegurada en partes iguales para cada Beneficiario.

En caso de que algún Beneficiario fallece antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda se distribuirá a favor de los demás Beneficiarios sobrevivientes en partes iguales, y si todos fallecieran la Suma Asegurada convenida se pagará a los herederos legales del Asegurado. A los efectos del presente contrato de seguro, se presume que el Beneficiario de que se trate hubiese fallecido simultáneamente con el Asegurado cuando el suceso que da origen al fallecimiento ocurra en un mismo momento, independientemente que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

CLÁUSULA 10.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

1. Proporcionar a la Compañía toda la información requerida de los Asegurados.
2. Recaudar y pagar a la Compañía el valor de la prima con la que contribuyen los Asegurados.
3. Informar a la Compañía por escrito o por los canales autorizados, cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:
 - a. Ingreso al Grupo Asegurado de nuevas personas, para lo cual deberá adjuntar los consentimientos respectivos y demás documentación requerida por la Compañía.
 - b. La separación definitiva de alguna persona que forma parte del Grupo Asegurado; por haber dejado de ser miembros elegibles, los que hayan cancelado el saldo del préstamo Asegurado; y aquellos que hayan cumplido con la edad máxima estipulada en el presente Contrato de Seguros.
 - c. Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la Póliza.
 - d. La terminación de su calidad como Contratante.
4. Dar a conocer a las personas que van a formar parte del Grupo Asegurable de la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
5. Entregar copia del Certificado del Seguro a cada persona del Grupo Asegurado.

En el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al Asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por la Compañía. (En caso de que aplique)

CLÁUSULA 11.- PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

1. Presentar información falsa de los Asegurados a la Compañía.
2. Efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
3. No pagar en su debido momento a la Compañía, la cantidad de la prima con la que contribuye el Grupo Asegurado.

4. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Compañía y que pertenecen al Asegurado o a sus beneficiarios.

CLÁUSULA 12.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre alguna 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.

Para los efectos del párrafo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el Contrato hubiera conocido una agravación análoga; y,
- II. 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 caso de que aplique.

La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el Contrato de Seguros. La responsabilidad concluirá quince (15) días calendario después de haber comunicado su resolución al Contratante y/o Asegurado.

CLÁUSULA 13.- AVISO DEL SINIESTRO

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Contratante y/o Beneficiario designado debe dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro, indicando la fecha, hora y circunstancias que lo produjeron.

El Contratante y/o Beneficiario designado deberá comprobar el reclamo, utilizando el formulario que para tal objeto proporciona la Compañía y de acuerdo con las

instrucciones contenidas en el mismo. De igual manera, éstos estarán obligados a presentar a la Compañía, cualquier otro documento que se les requiera con el objeto de comprobar el reclamo.

El Contratante proporcionará en caso de reclamación por fallecimiento a la Compañía, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación debidamente completado.
2. Certificación original de Acta Defunción del Asegurado o copia debidamente autenticada, emitida por el Registro Nacional de las Personas (RNP).
3. Copia por ambos lados del Documento Nacional de Identificación del Asegurado fallecido y su original para verificación, cuando sea necesario.
4. Constancia Médica y/o Certificado emitido por el Colegio Médico de Honduras (CMH), cuando sea necesario.
5. Certificación original de la autopsia, constancia del Ministerio Público (MP), parte de tránsito y/o cualquier documento emitido por la Autoridad Competente; en caso de homicidio, muerte accidental, muerte violenta y/o suicidio.
6. Copia del Documento Nacional de Identificación y su original para verificación de los Beneficiarios mayores de edad. En caso de existir Beneficiarios menores de edad, se requerirá copia de la partida de nacimiento de los menores y copia del Documento de Identificación Nacional del padre o de la madre que sobreviva y Certificación de Tutoría Legal, en los casos que aplique.
7. Formulario de identificación de Beneficiario final del reclamo, debidamente completado.
8. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del siniestro.

La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para evaluación y resolución del caso.

Si el Contratante o Beneficiario no cumplen con la obligación de reportar el siniestro en los términos establecidos en la Póliza o en las disposiciones legales respectivas, la Compañía quedará desligada de sus obligaciones si:

- a. Se omite el aviso del siniestro a fin de impedir que se compruebe oportunamente sus circunstancias.
- b. Con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente los hechos referentes al siniestro que pudiere excluir o restringir sus obligaciones;

- c. Con igual propósito, no se le remite oportunamente a la Compañía la documentación referente al siniestro.

CLÁUSULA 14.- TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este Contrato de Seguro termina por las siguientes causas:

- a) Cumplida la fecha de terminación de la vigencia de la Póliza.
- b) Por falta de pago de la prima.
- c) Cuando se cancele por escrito la Póliza por medio del Contratante.
- d) Cuando se cancele por escrito la Póliza por parte de la Compañía.
- e) Al cumplir el Asegurado setenta y cinco (75) años para la cobertura de fallecimiento
- f) Al cumplir el Asegurado sesenta y cinco (65) años para la cobertura de invalidez o incapacidad total permanente
- g) Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.
- h) Al ocurrir el estado de invalidez o incapacidad total permanente del Asegurado.
- i) Declaraciones inexactas o falsas por parte del Contratante y/o del Asegurado.
- j) La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el Contrato.

CLÁUSULA 15.- RENOVACIÓN

La Compañía renovará este Contrato por otro periodo anual, bajo las condiciones que la Compañía indique y que el Contratante acepte, siempre y cuando las primas de la vigencia anterior estén pagadas a totalidad por el Contratante. Los efectos del Contrato cesarán automáticamente treinta (30) calendarios después de la fecha de vencimiento de la prima.

CLÁUSULA 16.- PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del 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 ocurrido, sino desde el día en que La Compañía 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, esta 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 se trata el artículo 1133 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 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 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.

CLAUSULA 18.- COMUNICACIONES

Toda solicitud o comunicación a la Compañía relacionada con la presente Póliza, deberá realizarse por escrito a la Oficina Principal o sucursales de la misma. Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante o Asegurado las enviara por escrito a la última dirección conocida por ella. Salvo pacto expreso en contrario, que constará por escrito, el aviso del siniestro podrá ser válido, dándolo a una oficina de la Compañía.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al Asegurado y/o al Contratante la nueva dirección en la República de Honduras para todas las informaciones y avisos que deben enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

CLÁUSULA 19.- TERRITORIALIDAD

Esta Póliza cubre sin restricciones relativas a residencia, ocupación, viajes, género de vida y lugar en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando su ocupación esté dentro de los marcos legales establecidos.

CLÁUSULA 20.- SUICIDIO

En caso de fallecimiento por causa de suicidio de un Asegurado, cualquiera que sea su estado mental o el móvil del suicidio, la Compañía pagará la Suma Asegurada luego de transcurridos dos (2) años consecutivos de cobertura de un Asegurado dentro de la Póliza.

CLÁUSULA 21.- EDAD

Las personas amparadas por esta Póliza y para las coberturas por fallecimiento e invalidez o incapacidad total permanente, al momento de tomar el seguro deben tener una edad comprendida entre los dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años. El seguro podrá renovarse hasta el cumplimiento de los setenta y cinco (75) años, únicamente para la cobertura por fallecimiento y en el caso de la cobertura por invalidez o incapacidad total permanente la edad máxima de asegurabilidad será hasta los sesenta y cinco (65) años.

Para las coberturas adicionales estipuladas mediante Endosos o Anexos, los límites de edad quedan estipulados en cada uno de los anexos respectivos.

Si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

I.-Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que existe entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

II.-Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III.-Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado, en el momento de la celebración del contrato. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad;

Y IV.-Si, con posterioridad a la muerte del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los

límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

Si en el momento de celebrar el Contrato de Seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la Compañía anotará la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado. Conforme los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

CLAÚSULA 22.- PERÍODO DE GRACIA

El Contratante dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la Póliza, si el pago no es efectuado, el contrato cesará en sus efectos automáticamente. En el caso que se pacten pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado período de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes. En caso de siniestro, la Compañía deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

CLAÚSULA 23.- REHABILITACIÓN

En caso de que proceda la rehabilitación, el Asegurado deberá:

1. Pagar las primas atrasadas y someterse a las pruebas de asegurabilidad que la Compañía estime conveniente.
2. Cumplir con el número mínimo de veinte (20) Asegurados para poner en vigor la cobertura del seguro.

La cobertura no podrá ser rehabilitada cuando:

1. La cancelación de la Póliza hubiese sido por falta recurrente de pago por parte del Contratante o del Asegurado.
2. Al no cumplir con el número mínimo de veinte (20) Asegurados para dar inicio a la cobertura del seguro colectivo.
3. En caso de que el Contratante o Asegurado se encuentre comprendido en un listado restrictivo en la base de datos de la Compañía, con bloqueo o congelamiento.

CLÁUSULA 24.- INDISPUTABILIDAD

Este Contrato se basa en las Solicitudes del Contratante y Asegurados y, por consiguiente, cualquier dato inexacto o que haya sido ocultado, que conocido por la Compañía la hubiere modificado el riesgo aceptado, pudiera producir nulidad del Contrato; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o reticencia, no manifieste al Contratante y/o Asegurados su deseo de impugnar el Contrato dentro de los tres (3) meses en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante y/o Asegurados hubiesen procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que estos harán a la Compañía dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Después de que esta Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor durante dos (2) años, su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del Contratante. Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada Certificado, después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un período de dos (2) años contados desde la fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente Registro de Asegurados.

CLÁUSULA 25.- REPOSICIÓN

En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza o de algún Certificado de Seguro, la Compañía tendrá la obligación de expedir, a solicitud y a costa del Contratante y/o Asegurado, copia o duplicado de la Póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta.

CLÁUSULA 26.- REGISTRO DE ASEGURADOS

El Contratante queda obligado a proporcionar mensualmente a la Compañía, la información de los Asegurados.

La información deberá ser remitida mediante listados electrónicos los cuales deben de contener como mínimo lo siguiente:

- a) Nombre completo del asegurado
- b) Fecha de Nacimiento
- c) Edad
- e) Suma Asegurada
- f) Prima
- g) Fecha de vigencia

La Compañía entregará al Contratante, además de la Póliza y de los Consentimientos-Certificados de seguro, un listado del Registro de los Asegurados.

CLÁUSULA 27.- INGRESO AL GRUPO ASEGURADO

Pueden ingresar al Grupo Asegurado todas las personas que, formando parte activa del Grupo Asegurable, entreguen a la Compañía, por medio del Contratante, su correspondiente consentimiento y, la información requerida por la Compañía y sus edades estén dentro de los límites establecidos por la Compañía. Los Asegurados formarán parte de la Póliza y sus respectivos seguros entrarán en vigor, siempre y cuando sean aceptados por la Compañía.

Los miembros del Grupo Asegurable que no den su consentimiento a la Compañía, por medio del Contratante, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que tengan derecho de ingresar al Grupo Asegurado, deberán presentar a su costa, pruebas de buena salud y de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía. En este caso el seguro entrará en vigor desde la fecha en que los acepte la Compañía.

CLÁUSULA 28.- BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

El Contratante dará aviso inmediato a la Compañía, de las personas que por cualquier causa dejen de pertenecer al Grupo Asegurado, así como de la fecha de la separación. En caso de separación de algún asegurado sin que el Contratante dé aviso oportuno a la Compañía, los efectos de su seguro terminarán en la fecha en que deje de pertenecer al Grupo Asegurable.

CLÁUSULA 29.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización se realizará en las oficinas principales de la Compañía o donde se estipule, dentro de los sesenta (60) días hábiles a partir del recibo del último documento para completar la información solicitada por la Compañía y conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y sus reformas.

CLÁUSULA 30.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) involucrado (s) presenta (n) una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.

2. Si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el siguiente párrafo.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de Informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

3. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas y Anexos de la Póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.

CLÁUSULA 31.- MONEDA

Todos los pagos hechos por el Contratante y y/o Asegurado deben ser ejecutados en la moneda establecida en la Solicitud de Seguro. A su vez, es obligatorio para la Compañía atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

CLÁUSULA 32.- MODIFICACIONES

Ninguna modificación a esta Póliza será válida si no está autorizada por la firma de los funcionarios de la Compañía y el Asegurado. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona de la Compañía no tienen facultad para hacer concesiones o modificaciones algunas. Toda modificación se hará constar en la propia Póliza o en un anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las Condiciones Particulares y/o Especiales que se anexas a las Condiciones Generales del Contrato deberán en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente al Asegurado, previo registro de los cambios en la Comisión. En caso de controversia entre las condiciones generales y particulares prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del Seguro. El Asegurado tendrá derecho a que se le aplique las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Asegurado estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda en la prima, y de no estar de acuerdo con las modificaciones el Asegurado podrá rescindir del Contrato.

CLÁUSULA 34.- CESIÓN

La Suma Asegurada individual para cada Asegurado de esta Póliza no podrán ser objeto de cesión, a no ser que la hubiere notificado por escrito y firmado por el

Contratante y/o Asegurado, lo cual se hará constar en el Certificado Individual de Seguro.

CLÁUSULA 35.- PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

La Compañía tendrá la obligación de asegurar por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del Grupo Asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía y haya estado Asegurado en esta Póliza por lo menos un (1) año. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud por escrito a la Compañía, dentro del plazo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de su separación.

La Suma Asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor al momento de su separación. El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que correspondiere a la edad alcanzada en la fecha de su solicitud y a la Suma Asegurada. No aplicará la Cláusula de Indisputabilidad de la nueva Póliza a las personas que tengan dos (2) o más años de estar aseguradas ininterrumpidamente bajo la presente Póliza.

CLÁUSULA 36.- 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 Contrato de Seguros 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 Indevido 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 Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del Contrato.

CLÁUSULA 37.- NORMAS SUPLEATORIAS

En lo no previsto en el presente Contrato, se aplicarán las disposiciones pertinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.