

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES  
ENDOSO O ANEXO  
PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE INVALIDEZ  
O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**

**USO EXCLUSIVO DE SEGUROS BANRURAL, S.A.**

Para Anexar a la Póliza No. \_\_\_\_\_

El presente Endoso queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Seguro de Vida Individual de Accidentes Personales. La vigencia será la misma de la Póliza a la que se anexa.

La cobertura estará sujeta al pago de la prima de la Póliza y la prima convenida para la cobertura adicional descrita a continuación.

**CLÁUSULA 1.- COBERTURA DEL ENDOSO**

La Compañía se obliga a indemnizar al Asegurado la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la Póliza, en caso de que este quede invalido o incapacitado total permanentemente, a consecuencia de una enfermedad o accidente.

Esta cobertura adicional le aplica al Asegurado; en el caso que la incapacidad le haya sido producida antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad y que hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses de cobertura consecutivos desde la declaración del estado de invalidez o incapacidad total y permanente.

Si el asegurado inválido falleciere antes de haber percibido la totalidad de los pagos del capital asegurado, el saldo restante será entregado a los beneficiarios designados, de una sola vez.

**CLÁUSULA 2.- EXCLUSIONES**

Para los efectos de esta cobertura adicional aplican las siguientes exclusiones:

1. Intento de suicidio.

2. Enfermedades preexistentes desde el momento de suscribir la Póliza.

Esta cobertura está amparada en el presente contrato de seguro, a partir del segundo año de vigencia de la Póliza.

3. Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)

Esta cobertura está amparada a partir del tercer año de vigencia de la Póliza.

4. 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.
5. El desempeño de servicio militar, naval o de seguridad, vigilancia o policía.
  6. 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.
  7. Las consecuencias de la participación en una riña o tratar de cometer alguna participación en la comisión de cualquier delito por parte del Asegurado.

### **CLÁUSULA 3.- DEFINICIÓN DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**

En caso de invalidez o incapacidad total permanente del Asegurado a consecuencia de enfermedad o de accidente, la Compañía pagará la Suma Asegurada al Asegurado establecida en las Condiciones Especiales de la Póliza; siempre y cuando el seguro este vigente y la invalidez o incapacidad total Permanente se produzca antes de que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad y que el asegurado haya permanecido dentro de la Póliza, al menos seis (6) meses consecutivos con cobertura sin haber sido diagnosticado con alguna incapacidad.

A los efectos de la presente cobertura se considera Invalidez o Incapacidad Total Permanente el hecho de que el asegurado, antes de llegar a los sesenta y cinco (65) años, quede total y permanentemente incapacitado por lesiones corporales o por enfermedad, ante la 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.

Para que la cobertura de Invalidez o incapacidad Total Permanente sea evaluada por la Compañía, dicha pérdida deberá ser igual o mayor al sesenta y cinco por ciento (65%) y además se deberá contar con Dictamen Médico emitido por la Comisión Técnica de Invalidez del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), en caso de no contar con acceso a ser evaluado por la Comisión Técnica de Invalidez del IHSS, deberá someterse a revisión médica por profesionales de la medicina que designe la Compañía.

### **CLÁUSULA 4.- NOTIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**

Para que el pago anticipado por invalidez o incapacidad total permanente tenga efecto, es condición indispensable que el Asegurado notifique a la Compañía por escrito que ha ocurrido tal incapacidad.

La Compañía se reserva el derecho de exigir cualquier tipo de prueba para verificar la ocurrencia del siniestro.

Para la aplicación de esta cobertura la Póliza deberá estar en vigor, y que el siniestro ocurra antes de cumplir sesenta y cinco (65) años el Asegurado y que también haya estado asegurado sin interrupción por un período de seis (6) meses en la Póliza.

#### **CLÁUSULA 5.- COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE.**

La Compañía en cualquier momento puede hacer evaluaciones médicas para dictaminar o validar el estado de invalidez o incapacidad total permanente del asegurado.

El Asegurado se obliga a someterse a cuantos exámenes médicos le sean requeridos, por cuenta de la Compañía, para tal objeto.

#### **CLÁUSULA 6.- DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE RECLAMACIÓN**

El Asegurado proporcionará en caso de reclamación por invalidez o incapacidad total permanente, a la Compañía los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación debidamente completado.
2. Copia por ambos lados del Documento Nacional de Identificación del asegurado y su original para verificación, cuando sea necesario.
3. Dictamen original emitido por la Comisión Técnica de Invalidez del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); en caso de no contar con acceso a ser evaluado por la Comisión Técnica de Invalidez del IHSS, deberá someterse a evaluación médica por profesionales de la medicina que designe la Compañía.
4. Formulario de identificación de Beneficiario final del reclamo, debidamente completado.
5. 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.

---

**FIRMA AUTORIZADA**  
**SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.**

---

**ASEGURADO**