

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - DOLARES

CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

CLÁUSULA NO. 1 COBERTURA

COBERTURA BASICA: MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha del mismo sobreviniere su muerte, La Compañía pagará a los beneficiarios designados, o a falta de éstos a los herederos legales del Asegurado, el importe de la suma asegurada establecida en La Solicitud de Seguro.

COBERTURAS ADICIONALES (OPCIONALES):

Son las coberturas distintas de la cobertura de muerte a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado, que se contratan de forma opcional por el Asegurado, y que serán descritas en las condiciones particulares, solicitud de seguro y en los Anexos de la Póliza.

En las coberturas adicionales se les aplicará las exclusiones indicadas en las condiciones generales y las mencionadas en cada uno de los anexos.

CLÁUSULA NO. 2 EXCLUSIONES

El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre:

1. Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados o derivados directamente de lesiones provocadas por un accidente, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la Póliza.
2. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, mítines, motines, tumultos, manifestaciones populares, riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado por culpa grave del mismo.
3. Lesiones y/u Homicidios cuando se derive de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales de cualquier clase o su tentativa, suicidio o cualquier conato del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
4. Hernias y eventraciones, salvo que sean por accidente.

5. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, salvo que sea por accidente.
6. Lesiones por abortos, cualquiera que sea su causa; salvo que el mismo sea a consecuencia de un accidente cubierto en esta póliza.
7. Los accidentes ocasionados por ataques cardiacos o epilépticos, sincopes, desvanecimientos, así como los que sobrevengan en estado de perturbación mental, de ebriedad, siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas de alcoholemia, efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriagues Habitual, o mientras el Asegurado se encuentre bajo influencia de drogas a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica y que estas no adviertan al paciente sobre su consumo cuando se maneje maquinaria y/o vehículos automotores.
8. Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
9. Lesiones que el Asegurado sufra por la participación del mismo en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
10. Lesiones que el Asegurado sufra 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.
11. Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por éstos:
 - a. Aquéllos que hayan sido declarados antes de la celebración del Contrato, y/o
 - b. Aquéllos cuya existencia se determine en un expediente médico con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, y/o
 - c. Aquéllos que hayan sido diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, mediante pruebas de laboratorio o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o
 - d. Aquéllos por los que se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico previamente a la fecha de celebración del contrato.
12. Lesiones que el Asegurado sufra por la práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, como ser la práctica de los deportes riesgosos. A manera de ejemplo y sin que la enumeración resulte taxativa o restrictiva sino meramente enunciativa, se consideran el automovilismo, montañismo, motociclismo, parapente, alas delta, paracaidismo, salto bungee, inmersión submarina, equitación rodeo.
13. Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y

otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.

14. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
15. Lesiones que el Asegurado sufra por participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
16. Lesiones que el Asegurado sufra por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
17. Lesiones a consecuencia de movimientos sísmicos desde el grado siete (7) inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el servicio Sismológico competente del país.
18. Salvo pacto en contrario y el pago de la prima correspondiente, las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de un Homicidio bajo cualquier causa.

CLÁUSULA NO. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte de este contrato, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Solicitud de Seguro, los anexos que se le adhieran, y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes que guarde relación con el presente contrato de seguro.

CLÁUSULA NO. 4 DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de Seguro, se establecen las definiciones siguientes:

1. **ACCIDENTE:** Para efectos de esta Póliza se entenderá por accidente toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado independientemente de cualquier otra causa, por la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, que produzca lesiones corporales o la muerte. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado. Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un accidente se considerarán como un sólo evento.
2. **ANEXO:** Es el documento que, previo acuerdo entre las partes forma parte del Contrato, modificando y/o adicionando sus condiciones.
3. **ASEGURADO:** Es el Asegurado Principal y cada uno de los miembros del grupo familiar elegible estipulados en la Solicitud de Seguro, que tienen derechos a los beneficios de la misma y/o sus anexos.
4. **ASEGURADO TITULAR:** Es la persona indicada en el Caratula de la Póliza.
5. **CARATULA DE LA POLIZA:** Es el documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de Póliza, nombre del Asegurado, de los familiares del Asegurado y del Beneficiario, identificación completa de la

Compañía, monto de la prima, forma y lugar de pago, periodo de vigencia, y la firma de la Compañía.

6. **CERTIFICADO DE SEGURO:** Es el documento que se le entrega al Asegurado Principal como evidencia de la cobertura de seguro.
7. **FAMILIAR ELEGIBLE:** El cónyuge o conviviente del Asegurado Titular y todos los hijos(as) solteros(as) dependientes económicamente, incluyendo hijastros(as), menores de 25 años.
8. **SOLICITUD DE SEGURO:** Declaración por escrito contenida en un formulario diseñado por la Compañía y firmado por quien solicita la cobertura, en la cual se consigna información que será utilizada por la Compañía con el propósito de someter las pruebas necesarias para determinar su asegurabilidad.
9. **SUMA ASEGURADA:** Es la cantidad máxima que pagará La Compañía al Asegurado, a consecuencia del riesgo cubierto de acuerdo a las estipulaciones consignadas en esta Póliza y los documentos que forman parte de la misma. Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de La Compañía provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en La Solicitud de Seguro.

CLÁUSULA NO. 5 LIMITES DE RESPONSABILIDAD

La Compañía ampara al Asegurado en caso de que ocurra un siniestro en relación con cualquiera de las coberturas contratadas en la Póliza, de acuerdo con las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Anexos de esta Póliza y conforme a la cobertura y suma asegurada establecida en el Cuadro de Coberturas, siempre que el siniestro ocurra durante la vigencia de este seguro y no esté excluido conforme a las estipulaciones de esta Póliza y/o sus anexos.

CLÁUSULA NO. 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.

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, 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 Contratante o 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.

A pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, él asegurador no podrá resolver el contrato en los casos siguientes:

- I.-Si él mismo provoca la omisión o inexacta declaración;
- II.-Si la empresa conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido;
- III.-Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y
- IV.-Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si el dato omitido quedase contestado con alguna otra declaración y ésta fuere omisa o inexacta en los hechos

Además, a lo dispuesto en el Artículo 1142 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.

CLÁUSULA NO. 7 PAGO DE PRIMA

La Compañía Aseguradora otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima, Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del valor a pagar de la prima vencida y no pagada. (Conforme lo establece el segundo párrafo del Artículo 1249 del Código de Comercio.)

El monto de la prima a pagar es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los Asegurados del Grupo Familiar en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha. Las primas se pagarán al momento de la celebración del contrato. El Asegurado podrá optar por las modalidades de pago anual, semestral, trimestral y mensual que se hagan constar en el Anexo de Pagos Fraccionados.

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima.

En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

La Compañía aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por media de cláusulas en que se convenga que el seguro no entrará en vigor sitio después del pago de la primera prima.

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 el asegurador 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 aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

CLÁUSULA NO. 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 la Caratula de la Póliza, la cual será de vigencia Anual.

CLÁUSULA NO. 9 BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene el derecho de designar en la Solicitud de seguro a sus Beneficiarios y el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos. El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de Beneficiario siempre que la Póliza se encuentre vigente y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a la Compañía, expresando con claridad el nombre, número de identificación, porcentaje y parentesco o relación del nuevo Beneficiario para su anotación y registro. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro al último Beneficiario de cuya designación haya recibido notificación por escrito. Si el Asegurado renuncia a la facultad de cambiar de Beneficiario, se hará constar en la Solicitud de Seguro el carácter irrevocable de la designación.

El asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario, y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiera designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario, o que hubiere renunciado del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 1235 del código de Comercio.

Por herederos o causahabientes designados como beneficiarios deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al asegurado en caso de herencia legítima y el conyugue que sobreviva, y después, si no hay descendientes ni conyugues, las demás personas con derecho de sucesión

Si el Asegurado omitiere expresar el grado de parentesco o designare como beneficiario de su póliza a personas que no deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de

la porción que corresponda a cada uno, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales.

Además, a lo dispuesto en el Artículo 1124, 1233 al 1247 del Código de Comercio de Honduras.

CLÁUSULA NO. 10 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a la Compañía, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que los conozca, los hechos o circunstancias dependientes o no de su voluntad que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación esencial del riesgo.

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 el asegurador 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

Para los efectos del artículo 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 emana 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.

La notificación se hará por escrito a las oficinas de la Compañía o mediante el correo electrónico palic-colectivo-salud-hn@palig.com, o por cualquier otro medio electrónico legalmente aceptado. Una vez que la Compañía haya sido notificada de la modificación de riesgo en los términos previstos, la Compañía procederá con la evaluación del riesgo, a partir de la cual podrá revocar la cobertura o exigir el reajuste a que haya lugar en los cargos de seguro adicionales y/o el valor de la prima, sin ninguna responsabilidad para la Compañía.

La falta de notificación oportuna por parte del Asegurado o si el Asegurado provoca la agravación esencial del riesgo cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía Aseen lo sucesivo, quince (15) días después de que la Compañía le comunique al Asegurado su resolución de terminar el contrato por esta razón. La mala fe del Asegurado dará derecho a la Compañía a retener la prima no devengada. Si el Asegurado no notifica a la Compañía de la Agravación Esencial de Riesgo antes de su fallecimiento, la Compañía se reserva el derecho de modificar el monto del Beneficio por Muerte pagado basado en los cargos de seguro y/o el valor de la prima correctos, con respeto a la Agravación de Riesgo, como si se hubiera notificado la Compañía según sea requerido.

Además, a lo dispuesto en el Artículo 1126, 1137, 1144 y 1145 del Código de Comercio de Honduras.

CLÁUSULA NO. 11 AVISO DEL SINIESTRO

Un reclamo bajo esta Póliza deberá presentarse o contemplar lo siguiente:

1. Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a La Compañía en el curso de los primeros cinco (5) días hábiles de cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización.

2. En toda reclamación deberá comprobarse a La Compañía y por cuenta del reclamante, la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a La Compañía las formas de declaración correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como todas las pruebas de las pérdidas sufridas o los gastos médicos incurridos, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etc. en originales.

3. La Compañía no pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios, ni a establecimientos que no expidan recibos o facturas con todos los requisitos fiscales y legales.

4. La Compañía podrá nombrar a su costa a un médico, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección en el sanatorio u hospital en que se encuentre internado el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación.

La obstaculización por parte del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.

Las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato serán liquidadas en el domicilio de La Compañía en el curso de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que reciba los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Todas las indemnizaciones cubiertas por La Compañía serán liquidadas al Asegurado o a quien éste haya designado, excepto la suma asegurada por muerte accidental, la que se pagará a los beneficiarios designados. Los límites establecidos en esta Póliza, para el pago de los beneficios asegurados se aplicarán por cada accidente siempre que sean diferentes y no tengan relación ni dependencia entre sí, excepto como queda estipulado en el Anexo I de Desmembración Accidental. Cuando se trate de un mismo accidente o recaídas o complicaciones por la misma causa o por otra que con ésta se relacione, la obligación de La Compañía no excederá de las cantidades máximas establecidas en esta Póliza.

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 del mismo.

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas 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 artículo 1147 del Código de Comercio.

CLÁUSULA NO. 12 TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Póliza del Asegurado terminará en los siguientes casos:

1. Por falta de pago de Primas. La terminación de la Póliza causará efecto, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido, según lo establecido en la Cláusula No.19 Periodo de Gracia según más adelante indicado, sin haberse recibido el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s).
2. Al vencimiento de la Póliza si ésta no se renueva por alguna de las partes con notificación a la otra parte por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación. La Compañía no tiene obligación de renovar este contrato a su vencimiento.
3. Cuando la Compañía compruebe que el Asegurado ha cometido fraude o presentado documentación falsa o inexacta o ha hecho declaraciones falsas para obtener los beneficios de este contrato, de acuerdo a lo que establecen los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.
4. En la fecha de ocurrencia del fallecimiento del Asegurado Principal.
5. Cancelación por el Asegurado, si el Asegurado solicita a la Compañía su deseo de cancelar esta cobertura, dicha cancelación será efectiva a partir de la fecha en que la notificación haya sido recibida mediante comunicación por escrito, siempre y cuando la solicitud de cancelación no sea retroactiva con respecto a la fecha de presentación de la misma. Se procederá en retornar la prima no devengada al momento de la cancelación, y en los casos en los que la cancelación suceda en los siguientes primeros treinta (30) días a la contratación se retornará el 100% de la prima.
6. De conformidad a la Cláusula No.25 Endoso de Exclusión LA/FT por Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.
7. De conformidad con la Cláusula No.10 Agravación del Riesgo.
8. En caso de que el Asegurado Titular deje de residir en la República de Honduras, de conformidad a la Cláusula No.17 Territorialidad.

CLÁUSULA NO. 13 RENOVACIÓN

Esta Póliza es emitida con vigencia anual, transcurrido este periodo se considerará renovada por períodos de un año, si dentro de los últimos treinta (30) días calendario de vigencia de cada período, alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de darla por terminada. El pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor a la fecha de la misma.

No obstante, la no renovación de la Póliza; los siniestros ocurridos durante la vigencia seguirán cubiertos por la totalidad de las prestaciones de esta Póliza hasta el agotamiento de las sumas contratadas o del período indicado para cada beneficio.

CLÁUSULA NO.14 PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza, prescribirán en tres (3) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 1133 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 15 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Compañía 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. 16 COMUNICACIONES

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal de la Compañía o a la dirección del Asegurado que conste en la Póliza, según sea el caso.

CLÁUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD

Las coberturas amparadas por esta póliza se aplicarán en el territorio Nacional.

El Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de País de Residencia dentro de los primeros treinta (30) días después de realizado el cambio. Es causal de terminación del contrato si el Asegurado cambia de residencia a los Estados Unidos u otro país donde la compañía no ofrezca este producto. La falta de notificación a la Compañía de cualquier cambio de residencia resultará en la terminación del contrato

CLÁUSULA NO. 18 EDAD

La Compañía establecerá las edades mínima y máxima de aceptación para cada una de las coberturas de esta Póliza, tanto para su primera vigencia como para sus renovaciones. De no establecerse edades mínimas o máximas específicas, se entenderá que las edades de ingreso estarán comprendidas entre los dieciocho (18) años y sesenta y cinco (65) años de edad y la edad máxima de permanencia en la Póliza será de setenta (70) años, salvo los casos en que los anexos específicamente establezcan límites distintos.

El Asegurado Titular podrá incluir, en esta misma Póliza, y en aquellos casos en que la Compañía así lo ofrezca a sus familiares elegibles como asegurados adicionales, siempre y cuando la edad del cónyuge esté dentro de los límites establecidos y que los hijos dependientes económicamente estén comprendidos entre las edades dieciocho (18) años a veinticinco (25) años.

Si la edad del asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía aseguradora, 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 empresa aseguradora 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 empresa aseguradora 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 empresa 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 empresa aseguradora 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 el presente artículo, 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 institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento del Asegurado.

CLÁUSULA NO. 19 PERÍODO DE GRACIA

El Asegurado 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 Asegurado 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.

Adicionalmente se aplicará lo manifestado en los artículos 1249 y 1250 del Código de Comercio

CLÁUSULA No. 20 REHABILITACIÓN

No obstante, lo dispuesto por la Cláusula de Terminación Anticipada de la Póliza, si la causa que pone término a la cobertura de la Póliza es la falta de pago de la Prima, el Asegurado podrá rehabilitarla pagando la Prima adeudada, siempre que no hayan transcurrido más de quince (15) días calendario a partir de la fecha de vencimiento del Período de Gracia, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad. En el caso en que sí haya transcurrido más de quince (15) días calendario de la fecha de vencimiento del Período de Gracia, se deberá presentar nueva solicitud y pruebas de asegurabilidad para solicitar la rehabilitación y la misma quedará sujeta a análisis y aprobación por parte de la Compañía. En el caso de rehabilitarse la Póliza, sólo se cubrirán aquellos gastos que resulten de un siniestro ocurrido a partir de la fecha de su rehabilitación, considerando siempre lo estipulado en la cláusula No.2 de Exclusiones de esta Póliza.

CLÁUSULA No. 21 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato se basa en las Solicitudes del Asegurado 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 retención, no manifestare 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 retenciones 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.

Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los dos (2) primeros años contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Cobertura de cada Asegurado, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o declaraciones inexactas en la celebración del Contrato de Seguro o en la activación de cada cobertura individual. Una vez transcurrido dicho plazo la Compañía renuncia al derecho de rescindir el contrato o la cobertura por omisiones o declaraciones inexactas en que hubiere incurrido el Asegurado

CLAUSULA NO. 22 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 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 el Asegurado, el (los) beneficiario (s) no puede (n) probar la ocurrencia del siniestro.
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.

CLAUSULA NO. 23 MONEDA

Todos los pagos relativos a esta póliza, ya sean por parte de la Compañía o del Asegurado, se verificarán en las oficinas de la Compañía, en Dólares de los Estados Unidos.

CLAUSULA No. 24 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.

Esta cláusula 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.

CLAUSULA No. 25 NORMAS SUPLETORIAS

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