

SEGURO COLECTIVO DE SALDO DEUDOR DE TARJETAHABIENTES

CONDICIONES GENERALES

CONFORMIDAD DEL CONTRATO

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 calendario 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 1: COBERTURAS

Fallecimiento:

La Aseguradora se compromete a pagar al Emisor el Saldo de Deuda del Asegurado o Tarjetahabiente, que a la fecha de su fallecimiento aparezca detallado en su estado de cuenta, en caso de que ocurra la muerte del Asegurado durante la vigencia de la cobertura y hasta el límite declarado en el certificado individual de cobertura.

Invalidez Total y Permanente (ITP):

La cobertura de Invalidez o Incapacidad total y permanente es renovable hasta el cumplimiento de sesenta y nueve (69) años, la Aseguradora se obliga a cubrir los saldos de capital más intereses y demás gastos siempre y cuando hayan sido reportados y consten en los registros de la Aseguradora y sobre los cuales se hayan percibido primas mensualmente. Para poder aplicar a esta cobertura, la incapacidad deberá ser dictaminada por la Comisión Técnica de Invalidez del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y será cubierta siempre y cuando la misma sea con un porcentaje del 80% o superior a este, esto en el caso de que el deudor asegurado cuente con cobertura del IHSS, se considerará el dictamen de dicho instituto y/o el dictamen médico colegiado conforme a las políticas internas de la Aseguradora. Cuando el Deudor Asegurado no

sea afiliado al IHSS, se considerará solamente el dictamen médico colegiado definido por la Aseguradora.

CLÁUSULA 2: EXCLUSIONES

- a. Automutilación o autolesión y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
 - b. Suicidio: La Aseguradora pagará la Suma Asegurada a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la última fecha de ingreso a la póliza, o desde el aumento de capital asegurado. En este último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado.
 - c. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
 - d. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva de sustancias químicas o biológicas.
- Adicionalmente este seguro no cubre la Incapacidad Total y Permanente cuando esta se deba a:
- e. Que el Asegurado se encuentre incapacitado y/o enfermo al momento de incorporarse al grupo asegurado.

CLÁUSULA 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro queda constituido por sus Condiciones Particulares, la Solicitud del Contratante, la Declaración de Salud del Asegurado, el Certificado Individual de Seguro y los Anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA 4: DEFINICIONES

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

Asegurado: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Generales y Endosos de la Póliza y aparece identificado como tal en el Listado de Asegurados entregado por el Contratante.

Aseguradora: Seguros Atlántida, S.A., quien asume los riesgos y se obliga en virtud de las coberturas efectivamente contratadas definidas en la presente Póliza.

Beneficiario: Es el Emisor de la Tarjeta Asegurada.

Contratante: Es el dueño de la póliza y puede ejercer durante la vigencia de la misma sobre el Asegurado, cualquier derecho, privilegio u opción contenida en esta póliza. Cuando el Contratante y el Asegurado son la misma persona todos los derechos, privilegios u opciones, se reunirán en la persona del Asegurado.

Emisor: Institución financiera, empresa de servicios o aquellas autorizadas por la CNBS, que emitió la Tarjeta al Tarjetahabiente.

Estado de Cuenta: Resumen mensual de cargos realizados con la tarjeta que recibe el tarjetahabiente de parte del emisor de la tarjeta.

Límite: Monto máximo de cobertura definido en las Condiciones Particulares por cada tarjetahabiente.

Prima: Contraprestación que, en función del riesgo debe pagar el Contratante por cuenta del Asegurado a la Aseguradora en virtud de la celebración del contrato.

Siniestro: Acontecimiento futuro e incierto mediante el cual se materializa el riesgo objeto de este contrato de seguro y del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la Aseguradora.

Suma Asegurada: Es el saldo de deuda del Asegurado o tarjetahabiente, que a la fecha de su fallecimiento aparezca detallado en su estado de cuenta; en caso de que ocurra la muerte del

Asegurado durante la vigencia de la cobertura y hasta el límite declarado en el certificado individual de cobertura.

Tarjeta: Cualquier tarjeta plástica válida y activada (tarjeta de crédito, tarjeta de débito o tarjeta de financiamiento) emitida a algún Tarjetahabiente que reside en el país de emisión de la póliza, que identifica al Contratante de la póliza y/o al Emisor, y que está vinculada a la cuenta de cargo, crédito, depósito o activos del Tarjetahabiente.

Tarjetahabiente: El Asegurado persona natural en cuyo nombre ha sido emitida una Tarjeta.

CLÁUSULA 5: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

La Suma Asegurada de la cobertura básica de muerte del deudor Asegurado se define como la sumatoria de los saldos no vencidos y adeudados por el Asegurado, incluyendo intereses corrientes, moratorios y otros cargos en el momento de su muerte, siempre que dichos valores hayan sido reportados a la Aseguradora.

CLÁUSULA 6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Contratante o Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con la solicitud, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Contratante o Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora 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 o Asegurado haya obrado con dolo o con culpa grave.

La Aseguradora perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Contratante 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 Aseguradora tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada la Aseguradora a pagar la indemnización.

Si el seguro concerniere a varias 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 o 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 ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por la Aseguradora 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 7: PAGO DE PRIMAS

1. PRIMA DE LA PÓLIZA

La prima de la póliza se calcula en base al listado de Asegurados y el límite Asegurado en vigor según de los riesgos detallados por el Contratante en el Listado de Asegurados.

2. PLAN Y FORMA DE PAGO

El Plan de pagos está constituido por las primas requeridas para cubrir la prima de la póliza; en virtud de ello el Contratante acepta realizar los pagos de las primas en las fechas de vencimiento establecidas, conforme a lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. El cumplimiento por

parte del CONTRANTE permitirá mantener en vigor la póliza hasta la terminación del plazo del seguro contratado.

3. LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA

Todo pago de prima deberá efectuarse en las oficinas de la Aseguradora de seguros contra entrega del recibo oficial correspondiente. No es deber de la Aseguradora de seguro dar noticias de los vencimientos de primas y gestionar su cobro, si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de residencia del Contratante, esto no sentará precedente alguno de obligación.

CLÁUSULA 8: VIGENCIA

La vigencia de este contrato será efectiva a las 12 horas del día de Inicio de Vigencia en las Condiciones Particulares.

Este seguro tendrá una vigencia de un año, salvo pacto en contrario expreso en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de vigencia, y se renovará automáticamente por periodos iguales con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre la Aseguradora y el Contratante.

CLÁUSULA 9: BENEFICIARIO

Los pagos se harán directamente al Emisor en nombre del tarjetahabiente. El emisor deberá exonerar del pago del saldo de deuda insoluto hasta el límite indemnizado.

CLÁUSULA 10: OBLIGACIONES DEL Contratante

Son obligaciones del contratante las siguientes:

- Recaudar de las personas del grupo Asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- Pagar a la Aseguradora la prima total.
- Informar por escrito a la Aseguradora altas y bajas del grupo:
 - a) El ingreso al grupo Asegurado de nuevos Asegurados con el importe de saldo insoluto de cada deudor, adjuntando la documentación que le requiera la Aseguradora.

b) La exclusión definitiva de los Asegurados del grupo Asegurado:

- i. Que hayan dejado de ser miembros elegibles
- ii. Que hayan cancelado el saldo insoluto;
- iii. Que hayan cumplido la edad máxima de permanencia estipulada en las condiciones

particulares

c) La terminación de su calidad como contratante.

- Dar a conocer a las personas que se van a asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- Entregar el certificado individual a cada persona del grupo Asegurado.
- Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al Asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por La Aseguradora.
- No efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por La Aseguradora
- Enviar a la Aseguradora en la periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza un listado de Asegurados indicando como mínimo la siguiente información:
 - a. Número de Certificado
 - b. Fecha de Ingreso
 - c. Nombre, Sexo, Edad y Tarjeta de Identidad del Asegurado
 - d. Número y Tipo de Tarjeta Asegurada.
 - e. Límite Asegurado

Los Asegurados que no se incluyan en el listado de Asegurados vigentes se considerarán como dados de baja del grupo Asegurado.

Los informes del contratante formarán parte integrante de la póliza. El contratante asume su responsabilidad que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo; y tiene el deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

CLÁUSULA 11: PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Son prohibiciones del Contratante las siguientes:

- Presentar información falsa de los Asegurados a la Aseguradora.

- Efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por la Aseguradora.
- No pagar en su debido momento a la Aseguradora la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo Asegurado.

CLÁUSULA 12: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Contratante o Asegurado deberá comunicar a la Aseguradora 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 Contratante o Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora en lo sucesivo.

La agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la Aseguradora habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Aseguradora dar por concluido el contrato. La responsabilidad concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Contratante o Asegurado.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que la Aseguradora las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones. Subsistirá sobre todas las personas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el Asegurado paga a la Aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

CLÁUSULA 13: AVISO DE SINIESTROS

1. DOCUMENTOS, DATOS E INFORMES

El Emisor para formalizar una reclamación presentara los siguientes documentos y procedimientos en un plazo de treinta (30) días:

- a. Certificado de Nacimiento original o fotocopia de la tarjeta de identidad del fallecido

- b. Original del Acta de Defunción.
- c. Certificado Médico original indicando la causa de la muerte en caso de enfermedad
- d. Reporte original del Médico Forense en caso de muerte accidental, homicidio o suicidio.
- e. Reporte original de tránsito en caso de muerte accidental automovilístico
- f. Cualquier otro documento o información adicional que sea razonable, a juicio de peritos, solicitar como prueba o evidencia del siniestro.

En caso de que la reclamación y/o los documentos presentados para sustentar la procedencia del siniestro fuesen en alguna forma fraudulentos, si en apoyo de ellas se utilizaran medios o documentos engañosos o dolosos, si el siniestro fuere causado voluntariamente por el Asegurado o con su complicidad o por su culpa grave o inexcusable, se perderá todo derecho a indemnización.

En todos los casos, la Aseguradora tiene el derecho a solicitar cualquier otro documento que estime necesario para probar la procedencia del reclamo. La Aseguradora no está obligada a el pago de las prestaciones establecidas en este seguro si el Asegurado o el Emisor no han presentado la información indicada en esta Sección.

Todo adeudo del Asegurado con relación con esta póliza a favor de la Aseguradora será deducido de cualquier pago que está hubiere de hacer al Asegurado o beneficiarios en razón de la misma.

2. PLAZO PARA INDEMNIZAR

Una vez recibida la información requerida en forma completa para decidir sobre la procedencia del reclamo, la Aseguradora pagará hasta el límite Asegurado dentro de los sesenta (60) días contados a partir del recibo de la respectiva documentación.

CLÁUSULA 14: TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este seguro terminará para el Asegurado, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Solicitud de cancelación por parte del Contratante.
- b) Omisión o falsedad de información que, en caso de haberse conocido al momento de la emisión, la Aseguradora hubiese rechazado o tarificado con recargos la propuesta.
- c) Transcurrido el período de gracia para el pago de la prima definido en esta póliza.
- d) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia.

e) Por cancelación de la Tarjeta de Crédito.

La vigencia de cada tarjetahabiente Asegurado estará sujeta a su informe en el listado mensual de Asegurados.

CLÁUSULA 15: RENOVACIÓN

Este seguro se renovará automáticamente en su fecha de terminación con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre la Aseguradora y el Contratante. En cualquier fecha de renovación el Contratante podrá solicitar por escrito modificaciones al programa de coberturas. Para incrementos de Suma Asegurada deberá presentar, a satisfacción de la Aseguradora, las pruebas de asegurabilidad que esta requiera.

CLÁUSULA 16: PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con el artículo 1156 del Código de Comercio de la República de Honduras, todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en los artículos 1157 y 1159 del mismo Código.

CLÁUSULA 17: CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Aseguradora y el Contratante o Asegurado 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 o arbitraje salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA 18: COMUNICACIONES

La Aseguradora procederá a comunicar las modificaciones a las pólizas de seguros al Tomador de Seguros a través de los medios que considere oportuno, dejando evidencia de la forma de comunicar dichas modificaciones.

En dicha comunicación, la institución de seguros deberá de resaltar las modificaciones a los contratos de seguros en caracteres destacados, para que el tomador de seguros pueda manifestar expresamente su rechazo o no a la propuesta, para lo cual tendrá un plazo de quince (15) días hábiles previos a la entrada en vigencia de la modificación. De no manifestarse el tomador de seguros en el plazo antes indicado se entenderá que acepta las modificaciones propuestas por la institución.

CLÁUSULA 19: TERRITORIALIDAD

La cobertura de este seguro es a nivel mundial.

CLÁUSULA 20: SUICIDIO

En caso de fallecimiento de un Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental, dentro de los dos (2) años siguientes a la última fecha de su inscripción ininterrumpida, la Aseguradora solamente quedará obligada a devolver al Contratante las primas que este hubiere pagado en relación con el Asegurado, durante el año Póliza en que ocurra el evento. Después de transcurridos esos dos años la Aseguradora pagará la suma asegurada correspondiente.

CLÁUSULA 21: EDAD MÁXIMA DE COBERTURA

Podrán ingresar a esta póliza los tarjetahabientes que sean menores de 69 años de edad y el seguro terminará automáticamente cuando el Asegurado cumpla los 75 años de edad. La Aseguradora podrá extender este límite de permanencia de común acuerdo con el Contratante de la póliza. Luego de esta edad la póliza no se renovará.

CLÁUSULA 22: PERIODO DE GRACIA

Si el Contratante no efectuaré el pago de la prima programada anual o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento dispondrá de un periodo de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima en descubierto. Si al término de dicho plazo, la prima no ha sido pagada, los efectos de la póliza cesarán de inmediato sin necesidad de aviso o declaración especial. Si dentro del periodo de gracia, ocurre cualquier evento amparado por el programa de coberturas, la Aseguradora procederá a la prestación de los beneficios correspondientes y a deducir de ella el total de las primas pendientes de pago para completar la prima anual.

CLÁUSULA 23: REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago, este contrato de seguro no podrá ser rehabilitado.

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 Aseguradora la hubiere retraído a emitir esta Póliza o algún Certificado Individual de Seguro o llevado a modificar sus condiciones, producirá la nulidad del Contrato; salvo que la Aseguradora al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare al Contratante o Asegurados su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres meses en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante o Asegurados hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éstos harán a la Aseguradora dentro de los tres 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 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 Individual de Seguro, después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un período de dos años contados desde la

fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente registro de Asegurados, excepto lo dispuesto en la Cláusula referente a la Declaración de Edad.

CLÁUSULA 25: VALORES GARANTIZADOS

Esta póliza no genera ningún tipo de valor de rescate o dividendo ni valores de seguro saldado o prorrogado.

CLÁUSULA 26: DISPOSICIONES GENERALES

1. PERSONAS ELEGIBLES

Podrán ingresar a esta póliza los tarjetahabientes del Emisor que posean una tarjeta asegurada del tipo que se asegura en las Condiciones Particulares, que sean menor de 69 años de edad y que se encuentre en buen estado de salud al momento de ingresar a la póliza.

2. CERTIFICADO INDIVIDUAL

La Aseguradora emitirá un certificado individual de cobertura que el Contratante entregará al Asegurado como constancia de ingreso al seguro, junto con una copia de las condiciones del contrato. El Asegurado tendrá 30 días calendario para manifestar cualquier diferencia entre la Solicitud de Seguro y el Certificado individual. Transcurrido este tiempo, los datos indicados en el certificado se considerarán aceptados por el Asegurado.

El certificado estará en vigor y la cobertura podrá ser reclamada únicamente cuando esté incluido en el Listado de Asegurados que el Contratante envía periódicamente a la Aseguradora. La Aseguradora no será responsable por cualquier reclamo referente a un certificado que no haya sido incluido por el Contratante en el listado de Asegurados.

3. NULIDAD

La Aseguradora tendrá el derecho a solicitar la nulidad del contrato de seguros en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza si ha mediado dolo o mala fe por parte del Asegurado, el Contratante, o sus representantes en el suministro de la información relevante al riesgo. La Aseguradora contará con

un plazo de tres (3) meses siguientes a partir del día en que haya conocido la inexactitud de la información o la reticencia.

La Aseguradora tendrá derecho a la prima correspondiente al periodo del seguro en curso, en el momento que pida la anulación y en todo caso a las primas convenidas en el primer año. Si el riesgo se realizará antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior no estará obligada la Aseguradora a pagar la indemnización.

4. MODIFICACIONES

Toda modificación al contrato deberá de ser solicitado por escrito a la Aseguradora, y para su validez deberá ser aceptada mediante endoso firmado por funcionario autorizado de la Aseguradora que se agregará a la póliza y si procede, actualizará las Condiciones Particulares de la póliza. Los agentes o cualquier otra persona de la Aseguradora carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

5. REINTEGRO

Si posteriormente al pago de una reclamación se probare que existió dolo o fraude la Aseguradora podrá solicitar, judicial o extrajudicialmente, de quienes recibieron el pago, el reintegro total o parcial de dicho pago.

CLÁUSULA 27: MONEDA

La moneda de la póliza, Lempiras o Dólares de los Estados Unidos de América, se indicará en las Condiciones Particulares. Si las primas y la suma asegurada de esta póliza han sido pactadas en Dólares de los Estados Unidos de América, las indemnizaciones a que haya lugar serán liquidables en Dólares de los Estados Unidos de América; sin embargo, si el Asegurado ha pagado las primas por su equivalente en Lempiras, las indemnizaciones se efectuaran también en Lempiras, calculadas al tipo de cambio para la compra del sistema bancario en la fecha del siniestro. Lo anterior salvo disposición legal en contrario.

CLÁUSULA 28: 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 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 29: 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.

CLÁUSULA 30: LEGISLACION APLICABLE

Esta póliza ha sido contratada conforme a la legislación de la República de Honduras.