

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

De acuerdo con los términos en que fue solicitado el seguro, bajo las condiciones a que se refieren los clausulas siguientes y conforme a lo establecido en la ley en cuanto no esté previsto en este contrato, la Compañía asume la responsabilidad patronal que resulte al asegurado como consecuencia de la realización a los siguientes riesgos:

ACCIDENTES DE TRABAJO:

- a) Muerte Accidental;
- b) Incapacidad total permanente;
- c) Incapacidad parcial permanente;
- d) Incapacidad temporal;
- e) Asistencia médica, hospitalización y servicios farmacéuticos.
- f) Gastos fúnebres

Solo con consentimiento expreso de la Compañía se cubrirán estos riesgos cuando se realicen fuera de la Republica de Honduras.

De acuerdo con los riesgos cubiertos según lo anteriormente detallado y siempre que se establezca previamente la responsabilidad patronal del Asegurado, la Compañía se obliga a pagar, calculadas sobre el salario que debe servir de base conformé a lo establecido en la ley, las siguientes indemnizaciones:

En caso de muerte por accidente de trabajo seiscientos veinte (620) días de salario

Para gastos del funeral: Treinta (30) días de salario

Para caso de incapacidad total permanente: seiscientos veinte (620) días de salario

En caso de incapacidad parcial permanente, el porcentaje establecido en la ley calculado sobre seiscientos veinte (620) días de salario

Gastos Médicos: Cincuenta Mil, L. 50,000.00

Deducible por reclamo: Doscientos Cincuenta L. 250.00

En caso de incapacidad temporal, que implica al asegurado dedicarse a sus ocupaciones habituales, la Compañía pagara: A partir del primer (1) día del accidente 75% de los salarios, sin que el plazo total durante el cual perciba el trabajador este porcentaje, exceda de un (1) año.

La responsabilidad de la Compañía en cuanto al pago de indemnizaciones por incapacidad total y permanente: subsistirá durante un (1) año posterior a la fecha en que ocurra el accidente de trabajo.

En caso de muerte, la indemnización y lo pactado para gastos funerarios se pagará siempre que en el momento de ocurrir la defunción este en vigor la póliza.

En cuanto a las demás indemnizaciones, la responsabilidad de la Compañía, solo subsistirá durante los plazos pactados y mientras no fallezca el trabajador.

La Compañía proporcionará a los beneficiarios del seguro, servicio médico que comprenderá: consultas, curaciones, hospitalización, servicio de especialistas, rayos X, y aparatos de fisioterapia material de curación, medicinas y aparatos ortopédicos. Siempre y cuando esté en vigor la póliza.

La compañía cubrirá el riesgo profesional que ocurra fuera del sitio en que el trabajador desarrolle la actividad para la cual fue contratado, únicamente cuando la realización del mismo sea:

- a) Como consecuencia del peligro poco común y propio del camino, paso o sitio que tenga que recorrer forzosamente el trabajador para trasladarse de su habitación al trabajo.

- b) En los diversos lugares donde debe cumplir sus obligaciones.
- c) Cuando con el objeto de cumplir con sus actividades de trabajo, utilice medios de transporte organizados por el patrono o de los que este sea propietario.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES

La presente póliza excluye los riesgos que resulten a consecuencia de:

- a) Contrario cuando se trate de enfermedades profesionales, la Compañía no asume responsabilidad alguna con respecto a los siguientes padecimientos que quedan excluidos del seguro, aun cuando la ley o los contratos del trabajo las consideren específicamente como enfermedades profesionales de la actividad a la que se dedican los beneficiarios: cualquier clase de neumoconiosis, tuberculosis pulmonar, silicosis y demás enfermedades profesionales típicas de los mineros, las que tenga como causa el alcoholismo y el uso de drogas enervantes, los padecimientos venéreos o sifilíticos y las enfermedades que se derivan directamente o indirectamente de los mismos, incluyendo principalmente el reumatismo de ese origen, ya sea articular o muscular.

La Compañía no tendrá responsabilidad alguna:

- a) Cuando el riesgo cubierto por esta póliza ocurra encontrándose el beneficiario en estado de embriaguez, o bajo la acción de algún narcótico o droga enervante, aunque el patrono o su representante le haya permitido al trabajador el ejercicio de sus funciones.
- b) Cuando el beneficiario se ocasione deliberadamente una incapacidad por si solo o de acuerdo con otra persona, en este caso la obligación cesara en el momento que se demuestre la culpabilidad.
- c) Cuando el riesgo se realice por causa de fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por esta, toda fuerza de naturaleza tal que no tenga relación alguna con el ejercicio de la profesión de que se trate y que no agrave simplemente los riesgos inherentes a la actividad a que se dedica el patrono.
- d) En los demás casos en que el patrono, en virtud de la ley, quede exento de responsabilidad por Riesgos Profesionales.

CLÁUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte de este contrato las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la presente póliza, los anexos que se le adhieran, la solicitud de seguro, cualquier otro documento suscrito por el Asegurado que sea tomado en cuenta para su celebración o modificación, y cualquier otro documento y demás condiciones previas exigidas por la Compañía.

CLÁUSULA No. 4 DEFINICIONES

1. **Accidente:** Se reputará accidente, a los efectos de este seguro, cuando el Asegurado sufra, involuntariamente, una lesión o herida producida por la acción de una fuerza exterior y violenta que actúe súbitamente sobre su cuerpo por extensión
2. **Asegurado:** Es la persona ha sido aceptada por la Compañía para ser cubierta por la Póliza.
3. **Beneficiario:** Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de las coberturas contratadas. En caso de que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado Principal, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal.
4. **Compañía:** Se entiende por Seguros Crefisa, S.A., y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato
5. **Comisión Nacional de Bancos y Seguros:** Institución que tiene la responsabilidad de velar por la estabilidad y solvencia del sistema financiero y demás supervisados, su regulación, supervisión y control.
6. **Contratante:** Persona natural o jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Compañía, se compromete que mediante el pago de prima trasfiere a la Compañía el riesgo de la pérdida de ingresos de cualquier de los empleados suscritos a la póliza como consecuencia de fallecimiento.
7. **Grupo Asegurado:** Está conformado por todos los empleados de la empresa y que tengan buen estado de salud.
8. **Incapacidad Permanente o Absoluta:** Grado de invalidez total y permanente que inhabilita al trabajador para ejercer toda profesión u oficio.

- 9. Inhabilitación o Incapacidad Temporal:** Se entiende por incapacidad temporal aquella que se derive del accidente por el cual el Asegurado se ve impedido para atender completa o parcialmente su profesión u ocupación habitual durante un tiempo determinado y que no debe exceder de más de 365 días.
- 10. Incapacidad Parcial y Desmembramiento:** Imposibilidad de un asegurado para realizar una o más de sus ocupaciones habituales. La renta percibida por el Asegurado de parte de la entidad aseguradora es menor que el caso de incapacidad Permanente o Absoluta. En cuyo caso la compañía pagará de acuerdo a lo establecido en la tabla de incapacidad parcial que se describe en esta póliza y sus condiciones.
- 11. La Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras.
- 12. Trabajador:** Toda persona natural que preste a otra u otras, natural o jurídica, servicios materiales, intelectuales o de ambos géneros, mediante el pago de una remuneración y en virtud de un contrato o relación de trabajo.

CLÁUSULA No. 5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite de responsabilidad máximo son las cantidades que pagará la Aseguradora por la Sumas Aseguradas contratadas y descritas en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA No. 6 LUGAR DE PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

El pago de cualquier indemnización en virtud de este contrato, lo hará la Compañía en su domicilio social, en la ciudad de Tegucigalpa, Distrito Central, salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, puedan hacerse en algunas de sus Sucursales.

CLÁUSULA No. 7 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas. Cualquier omisión, reticencia, disimulo, falsedad, ocultamiento e inexactitud en las manifestaciones hechas por el Asegurado eximirán a la Compañía de toda obligación respecto a éste seguro en cualquier momento que tenga conocimiento de la inexactitud, ocultamiento y reticencia.

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 la culpa grave.

La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante 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 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 primer año. Si el riesgo se realizará 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 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 de 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 sujeto, además, a lo dispuesto en el Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 8 PAGO DE PRIMA

La Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas. Para los efectos del cobro o devolución de primas por el concepto de ingresos o egresos de Asegurados, respectivamente.

La prima se calculará aplicando el porcentaje correspondiente a cada riesgo asegurado en sus respectivas clasificaciones, al motivo total de los salarios que perciban los trabajadores beneficiarios, durante el tiempo que esté en vigor esta Póliza.

Deberán incluirse para el cálculo de la prima.

- a) El salario de los trabajadores de planta, súper-numerarios, suplentes o accidentales, el de los contratados por obra o por tiempo y en general el de todas las personas que presten servicios al contratante.
- b) Informe del salario: Durante los diez (10) días siguientes al fin de cada periodo de pago, el Contratante remitirá a la compañía en sus formularios de pago, un informe de los salarios que deben servir de base para el cálculo de la prima correspondiente al periodo de pago transcurrido.
- c) Ajuste de la prima: Recibido el informe a que se refiere el punto anterior la Compañía procederá a comprobarlo y una vez rectificación o ratificado este, hará el cálculo de la prima correcta correspondiente al periodo de pago a que se refiere el informe.
- d) Cobro del ajuste: Si el ajuste fuere mayor que la prima provisional, el Contratante deberá pagar la diferencia en la fecha en que la Compañía haga el cobro. Si por el contrario la prima provisional es mayor la diferencia será devuelta.

La Compañía 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 la 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 capital a pagar la prima vencida y no pagada. Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que expire el período de gracia, la Póliza y todas sus coberturas serán canceladas en la fecha original de vencimiento de la prima.

CLÁUSULA No. 9 VIGENCIA

Inicio y Terminación del Contrato: La cobertura inicia a las doce (12) horas del mediodía de la fecha de entrada en vigor del presente contrato el que se suscribirá por el término de un (1) año; La Compañía puede terminar el presente contrato, en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al Contratante por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

- a) Renovación: La Compañía renovará el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito y previa confirmación del Contratante con treinta (30) días de anticipación. La Compañía se reserva el derecho a modificar en cada renovación las Condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice.
- b) No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicara a lo previsto en los artículos 1133, 1134 y 1165 de Código de Comercio. Y si por otras circunstancias ajenas a su voluntad el Contratante decide rescindir el contrato, la Compañía devolverá la prima no devengada

CLÁUSULA No.10 BENEFICIARIOS

Son beneficiarios del seguro todas aquellas personas con respecto a la cuales se hayan solicitado los beneficiarios de esta Póliza, siempre que no hayan sido rechazadas por la Compañía y tengan derecho a reclamar del contratante el cumplimiento de una obligación que provenga de la ley o de los contratos de trabajo.

En caso de muerte de un Asegurado amparado bajo esta Póliza, tendrán derecho a recibir la indemnización la o las personas mencionadas en la ley respectiva, según el procedimiento establecido en la misma.

Perderán su carácter de beneficiarios de la Póliza aquellos trabajadores cuyo salario sea omitido en todo o en parte por el contratante en las manifestaciones que debe hacer a la compañía para el computo de la prima, y se entenderá con respecto a ellos, durante el tiempo correspondiente a la omisión, que el contratante está de acuerdo en asumir su propia responsabilidad, sin que la Compañía tenga obligación alguna en estos casos y durante el periodo señalado.

CLÁUSULA No. 11 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del contratante son las siguientes:

- 1. Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- 2. Pagar a la Compañía la prima total.
- 3. Informar por escrito a la Compañía:
 - 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 Compañía

- 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 estipulada en las condiciones particulares
- c) La terminación de su calidad como contratante.
- d) Dar a conocer a las personas que se van a asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- e) Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado.
- f) Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por la Compañía.

CLÁUSULA No. 12 PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Las prohibiciones del contratante son las siguientes:

- 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 No. 13: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE Y LIQUIDACIÓN DE LAS INDEMNIZACIONES

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o el 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.

Cuando se produzca un accidente deberán comunicarlo a la Compañía por carta certificada o cualquier otro medio escrito con acuse de recibo, en el término más breve posible, a más tardar dentro de los cinco (5) días contados desde la fecha del mismo. Si el accidente ocurrió fuera del territorio de la República de Honduras, la Compañía concede para el aviso correspondiente, un plazo máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha del suceso.

Presentarán, además en el formulario que les proporcionará la Compañía, una declaración sobre la fecha, lugar y circunstancia en que ocurrió el accidente, y facilitarán todos los demás informes que les sean pedidos. Asimismo, deberán remitir un certificado médico, atestiguando causas, naturaleza y probables consecuencias de la lesión sufrida. Si el asegurado ha muerto a causa de un accidente, los beneficiarios del seguro deberán hacer constar la causa de la muerte por la autoridad competente y deberán avisar el deceso a la Compañía por escrito, dentro de los cinco (5) días contados de la fecha que ocurrió el accidente. La Compañía se reserva el derecho de hacer practicar la autopsia siempre que la Ley lo permita.

La falta de cumplimiento dentro de los plazos fijados, de las obligaciones señaladas en este artículo, permitirá a la Compañía disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente.

Si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del accidente. La Compañía quedará liberada del pago de toda indemnización.

Ocurrido un accidente, el Asegurado deberá recurrir sin pérdida de tiempo a los servicios de un facultativo y deberá continuar bajo asistencia médica regular hasta la curación de la dolencia. Igualmente deberá adoptar todas las providencias que sean necesarias para disminuir las consecuencias del accidente.

El médico de la Compañía, así como los agentes o inspectores de la misma podrán, en cualquier momento, examinar al Asegurado accidentado, con el fin de poder cerciorarse sobre el estado de su salud.

La Compañía podrá hacerse cargo de la asistencia médica del Asegurado, si lo juzga necesario, para disminuir las consecuencias del accidente.

El importe de la indemnización se liquidará según el informe del médico que asistió al Asegurado y del médico nombrado por la Compañía. Si hubiera divergencias entre los dos médicos indicados, ambas partes se atenderán al informe de un tercer facultativo, quien deberá ser nombrado de común acuerdo por los dos primeros y cuyo dictamen tendrá el carácter de definitivo e inapelable. En caso de que dichos facultativos no pudieran ponerse de acuerdo sobre la designación del tercero, éste será nombrado por el Colegio Médico de Honduras.

Los médicos actuarán como árbitros, debiendo las partes ajustarse a lo dispuesto en la Cláusula No.

1 Cobertura.

Para el cálculo del salario que debe servir de base para el pago de las indemnizaciones, se aplicarán las siguientes reglas:

I. EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

- a) Se tomará como base el salario diario normal que tiene asignado el trabajador por su labor ordinaria, sin tenerse en cuenta el aumento que ese salario pueda tener en los casos en que se presten servicios en horas extraordinarias, o por razón de estar desempeñando en el momento del accidente y fuera de los normal, un trabajo al corresponda un salario más elevado.
- b) Cuando se trate de trabajadores que, sin ser destajistas, estén contratados permanente para desempeñar servicios que presten durante parte de la jornada ordinaria, se tomara como base el salario real que perciba el asegurado al servicio del patrono durante estas horas de trabajo, en el momento del accidente.
- c) Cuando se trate de trabajadores a destajo, miembros de cooperativas o de sindicatos contratantes de trabajo, se dividirá entre treinta (30) el monto que hayan percibido o devengado por trabajo o participaciones durante el mes anterior a la fecha del accidente y el resultado, será la base diaria para el cálculo de la indemnización a falta de este dato, se tomara como base el promedio diario en la última semana anterior al accidente.
- d) Previniendo el caso especial de los aprendices, meritorios y demás trabajadores que por cualquier circunstancia perciban en efectivo un salario inferior al mínimo, se establece como regla general que la compañía solo está obligada a pagar indemnizaciones teniendo en cuenta el salario real que perciben en efectivo los trabajadores, salvo lo establecido en los incisos e) y f) siguientes:
- e) Cuando por causa del accidente, deje el trabajador de recibir del contratante la alimentación y el alojamiento inherente a su empleo, la compañía tomara en cuenta estas prestaciones dentro de la cantidad que sirva de base para el cálculo de la indemnización, siempre que el contratante, este obligado a cubrir dichas prestaciones y que haya tomado en cuenta el importe de las mismas para el computo de las primas y que el trabajador no este hospitalizado por cuenta de la compañía.

A menos que el contratante por sí mismo o las autoridades del trabajo hayan fijado una base especial para el computo de la parte del salario representado por alimentación y alojamiento, se valuaran estas presentaciones en la forma siguiente: alimentación 35% del salario pagado en efectivo; alojamiento 15% del salario pagado en efectivo.
- f) El salario que se tome como base para el cálculo de las indemnizaciones será el devengado por el trabajador en una jornada ordinaria.

II. EN CASO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Se seguirán las mismas reglas, pero tomando como base el salario que percibía el trabajador en la fecha en que se inició la enfermedad, mismo día que servirá de partida para calcular el salario medio de los trabajadores a destajo.

CLÁUSULA No. 14 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado, durante la vigencia de esta Póliza, cambiara de profesión o llegara a ejercer su profesión dentro de condiciones distintas de las que indicó en su solicitud; si estableciera su domicilio definitivo en el extranjero; si se volviera inválido de acuerdo con la cláusula No. 7 Declaraciones Falsas O Inexactas de estas condiciones generales; es decir, si llegara a modificarse el riesgo en una u otra forma, tal hecho debe ser comunicado dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca a la Compañía mediante carta con acuse de recibo.

Si las modificaciones constituyeran una agravación esencial del riesgo, la Compañía tendrá la facultad de rescindir el contrato, sin embargo, la responsabilidad de la Compañía concluirá quince (15) después de haber comunicado su resolución al Contratante; o podrá modificar la prima por el período que falta hasta el vencimiento del seguro, según la tarifa de riesgo vigente. Si el Contratante no aceptara tal modificación de las primas, la Póliza será cancelada y, en tal caso, la Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro. En cambio, si las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Contratante tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente.

CLÁUSULA No. 15 AVISO DEL SINIESTRO

Al recibir la notificación de muerte accidental de cualquiera de las personas amparadas por la póliza, para efectos de solicitar a la Compañía la indemnización de Suma Asegurada será requisito la presentación de los siguientes documentos originales:

- a) Fotocopia de la tarjeta de identidad del fallecido o partida de nacimiento original.
- b) Certificado de Defunción extendido por el Registro Nacional de la Personas.
- c) Certificado de la Autoridad que se hizo presente al momento del accidente.
- d) Fotocopia de la tarjeta de identidad de los beneficiarios, si los beneficiarios fuesen menores de edad, será necesario presentar partida de nacimiento de cada uno y fotocopia de la tarjeta de identidad del Representante Legal.
- e) Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

EN CASO DE INCAPACIDAD (TOTAL Y PERMANENTE, PARCIAL PERMANENTE)

- a) Fotocopia de la tarjeta de identidad o partida de nacimiento original del Asegurado.
- b) Certificación médica extendida por el IHSS donde indique la causa de la invalidez y el grado de incapacidad.
- c) Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

CLÁUSULA No. 16 PRUEBA DEL FALLECIMIENTO

La comprobación del fallecimiento del Asegurado se hará presentando a la Compañía, la información correspondiente en los formularios que ésta proporcione para tal fin de conformidad con las instrucciones contenidas en ellos.

CLÁUSULA No. 17 PRESENTACIÓN DE RECLAMOS DE GASTOS MEDICOS, HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS FARMACEUTICOS

- a) Llenar totalmente el formulario de reclamación, en la parte que corresponde al informe del Asegurado debiendo asegurarse de detallar el accidente sufrido, sus causas y consecuencias.
- b) Llenar totalmente la parte que corresponde al informe del médico, debiendo asegurarse que el mismo anote todos los datos de suma importancia, referente al accidente sufrido sin olvidar que debe colocar la fecha, firma y sello.
- c) Presentar los comprobantes de pago original, que respalden el gasto efectuado como ser: recibos de honorarios médicos, recetas médicas, facturas de farmacia, orden de examen médico, recibos de laboratorio, rayos x etc. Estos deben reunir invariablemente los requisitos fiscales que para tal efecto exige la ley como son: número de factura, número de recibo, RTN, el membrete correspondiente etc.

CLÁUSULA No. 18 TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Compañía puede terminar el presente contrato, en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al Asegurado por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicara a lo previsto en los artículos 1133, 1134 y 1165 de Código de Comercio. Y si por otras circunstancias ajenas a su voluntad el Asegurado decide rescindir el contrato, la Compañía devolverá la prima no devengada.

CLÁUSULA No. 19 RENOVACIÓN

El Seguro amparado por esta póliza terminará automáticamente al medio día de la fecha de su vencimiento estipulada en las Condiciones Particulares. Este contrato podrá renovarse por períodos consecutivos, mediante el pago de la prima de renovación conforme a la tarifa vigente de la Compañía al tiempo de la renovación, para lo cual será necesaria la expresa voluntad de las partes de renovarla. La renovación deberá estar suscrita por el asegurado, para que se considere valida y surta todos sus efectos. La Compañía no está obligada a dar aviso al Asegurado del vencimiento de esta Póliza y se reserva el derecho de no renovar la misma.

CLÁUSULA No. 20 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de éste Contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión falsa o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, 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 el que haya llegado a conocimiento de los interesados quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban de dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios, se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho o 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. 21 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 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 ningún caso de litigio salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA No. COMUNICACIONES

Toda solicitud o comunicación a la Compañía, relacionada con la póliza deberá hacerse directamente y por escrito a su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, o en sus Sucursales.

Las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los Asegurados se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando sean enviadas por escrito con acuse de recibo, al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

CLÁUSULA No. 23 TERRITORIALIDAD

La presente póliza cubre al Asegurado en cualquier país del mundo.

CLÁUSULA No. 24 SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental ya sea en estado de cordura o de demencia, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios, excepto cuando el suicidio ocurra antes de haber transcurrido dos (2) años completos ininterrumpidos de vigencia de la Póliza desde su emisión o desde su última rehabilitación, en cuyo caso la responsabilidad de la Compañía se limitará al reembolso del importe de la reserva matemática de la Póliza.

CLÁUSULA No. 25 EDAD

Esta Póliza solo se extiende a personas de quince (15) a sesenta y cinco (65) años, pero podrá renovarse a su vencimiento con el consentimiento de la Compañía, siempre que el Asegurado no haya alcanzado la edad de setenta (70) años, aun cuando reúna las demás condiciones necesarias para formar parte del grupo. Si se hubiere incluido en el grupo Asegurado individuos mayores de setenta (70) años de edad, por dolo del contratante o del asegurado, la compañía no asume ninguna responsabilidad por acaecimiento del riesgo y el Contratante no tendrá derecho a la devolución de las primas que por dichos Asegurados hubiese pagado.

La edad declarada por el asegurado deberá comprobarse antes de efectuarse el pago de la suma asegurada correspondiente. Si el asegurado hiciese la comprobación en vida, la compañía extenderá una constancia de ello y no exigirá nuevas pruebas de edad para hacer el pago.

Si la edad declarada por el asegurado no coincidiera con su edad real, se estará a lo dispuesto en los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 26 PERIODO DE GRACIA

Vencida una prima, el Asegurado disfrutará de un período de gracia de treinta (30) días, sin cargo de intereses, para el pago de la siguiente prima. La Póliza continuará en pleno vigor durante este período de gracia; pero en caso de muerte del Asegurado durante estos treinta (30) días, la prima en descubierto será deducida del pago que la Compañía tuviere que hacer. Si al terminar el periodo de gracia la prima no ha sido pagada, esta Póliza se cancelará sin necesidad de aviso.

CLÁUSULA No. 27 REHABILITACIÓN

La póliza podrá rehabilitarse en cualquier tiempo siempre que el Asegurado lo solicite por escrito; que a su costa, presente las pruebas de asegurabilidad que requiera la Compañía; que las condiciones de asegurabilidad sean a satisfacción de la Compañía y que pague la prima necesaria.

Si la Compañía hubiese recibido primas para ser aplicadas a una rehabilitación y si esta no es aprobada, la Compañía devolverá las primas mencionadas anteriormente.

CLÁUSULA No. 28 INDISPUTABILIDAD

Este contrato se basa en la solicitud de Asegurados y por consiguiente, cualquier declaración inexacta u oculta, que conocido por la Compañía la hubiere retraído a emitir este Póliza o algún certificado o llevado a modificar sus condiciones, serán causas de anulación de este contrato cuando se hubiere actuado con dolo o culpa grave; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare el Asegurado su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento. Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éste hará a la Compañía dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuviere conocimiento de las declaraciones inexactas o de la reticencia.

Después de que la Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor, durante dos (2) años su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada certificado, después de que haya estado en vigor, por un período de dos (2) años contados desde la fecha de la última inscripción ininterrumpidamente en el correspondiente registro del asegurado excepto lo dispuesto en la Cláusula No. 25 a la declaración de edad.

CLÁUSULA No. 29 EXENCION DE RESTRICCIONES

La presente Póliza está exenta de restricciones respecto a residencia, ocupación, viajes o género de vida de los Asegurados.

CLÁUSULA No. 30 MONEDA

El presente seguro será emitido en la moneda vigente en el territorio nacional.

CLÁUSULA No. 31 MODIFICACIONES

En los términos de ésta póliza quedan definidos los pactos entre la compañía y el Contratante, no reconociéndose por lo tanto validez a ninguna modificación que no esté consignada en ella, a menos que conste por escrito debidamente autorizado por la Compañía. Los agentes no están facultados para modificar las condiciones de la póliza, toda modificación efectuada a las Condiciones Generales de esta Póliza, deberá ser del conocimiento de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

CLÁUSULA No. 32 CAMBIO DE CONTRATANTE

Si el Contratante fuera sustituido por otro deberá de comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución y si esta la acepta lo hará constar en anexo que formará parte de la póliza.

En caso contrario la Compañía tendrá acción para dar por terminado el contrato y devolverá la prima no devengada.

CLÁUSULA No. 33 REPOSICIÓN.

En caso de destrucción, robo o extravió de la póliza la Compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Asegurado, según el caso, con las formalidades establecidas para este objeto, y pago de los correspondientes gastos de reposición.

CLÁUSULA No. 34 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 beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal Nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando

aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA No. 33 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.

