

SEGURO POR MUERTE E INDEMNIZACIÓN POR DESEMPLEO **INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

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.

CLAUSULA No. 1 COBERTURA

1. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la Compañía pagará al Beneficiario designado por el Asegurado Titular, la suma asegurada indicada en el Certificado Individual de Seguro. Lo anterior siempre que el Asegurado Titular fallezca dentro de la vigencia de la cobertura y de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza.

2. BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

La Compañía pagará al beneficiario del seguro, la suma asegurada expresamente indicada en el Certificado Individual de Seguro, en caso de que un Asegurado Titular cubierto por el presente contrato de seguro, sea despedido sin justa causa.

Esta póliza cubre el desempleo involuntario del empleado por la terminación total del contrato laboral por circunstancias no imputables del Asegurado Titular y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales.

Son condiciones indispensables y concurrentes para la operativa de esta cobertura que:

- 1. El Asegurado tenga un trabajo por término indefinido al momento de ingresar al seguro.**

2. El Asegurado se encuentre al día en el pago de cuotas de la obligación crediticia o el servicio, no presentando mora al momento de la ocurrencia del siniestro. No se cubren los saldos e intereses de las obligaciones en mora.
3. El Asegurado debe acreditar doce (12) meses continuos como empleado previo al desempleo. (Esto aplica únicamente para el primer reclamo)
4. El despido se materialice una vez superado el periodo de carencia que se indica en esta póliza.
5. El Asegurado debe estar involuntariamente desempleado por un periodo de carencia no inferior a noventa (90) días consecutivos.
6. El Contratante se encuentre al día con el pago de las primas de este seguro.
7. El Asegurado se encuentre cotizando ante el Instituto Hondureño del Seguro Social como trabajador o empleado independiente.

Luego de un evento de desempleo el Asegurado podrá ser elegible para un nuevo evento siempre y cuando haya cumplido seis (6) meses continuos de trabajo con su nuevo empleador y cumpla con el periodo de espera definido en esta póliza. No se pagarán más de dos (2) eventos siniestros de desempleo por asegurado en cada vigencia de la póliza.

Para el caso de coberturas asociadas a Préstamos y/o Tarjetas de Crédito, el beneficio se establecerá en función al comportamiento crediticio que haya tenido el Asegurado anterior a la fecha de desempleo.

Consecuentemente no se pagará ningún incremento de beneficio que se pudiera experimentar como consecuencia de aumentos del préstamo o incrementos en los pagos mínimos de la tarjeta de crédito que sean posterior a la fecha en que el Asegurado este desempleado.

3. BENEFICIO ADICIONAL INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

La Compañía pagará al Asegurado, o al Beneficiario del seguro en caso de que el Asegurado no pueda efectuar el trámite del reclamo, la suma asegurada expresamente indicada en las condiciones particulares de la póliza y en el Certificado de Seguro, en caso de que un Asegurado cubierto por el presente contrato de seguro se incapacite totalmente de forma

temporal como consecuencia de un accidente o enfermedad corporal no excluida en la póliza quedando inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional. Aplica solamente al Asegurado que es trabajador independiente. Solamente serán cubiertas las cuotas de la obligación crediticia que se pongan al cobro durante el período de la incapacidad.

Son condiciones indispensables y concurrentes para la operativa de esta cobertura que:

- A) El Asegurado se encuentre al día en el pago de cuotas de la obligación crediticia, no presentando mora al momento de la ocurrencia del siniestro.
- B) El Asegurado se encuentre cotizando ante el Instituto Hondureño del Seguro Social como trabajador o empleado independiente.
- C) La incapacidad se materialice una vez superado el periodo de carencia que se indica en esta póliza.
- D) La incapacidad esté debidamente certificada por un médico especialista de la Comisión Calificadora de Invalidez.
- E) Que la incapacidad tenga una duración superior a treinta (30) días naturales continuos y no haya sido causada de forma intencional por el Asegurado.

Si un Asegurado presenta una nueva incapacidad de más de treinta (30) días calendario dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y, en consecuencia, se acumularán los pagos generados antes de la recaída y los que surjan como consecuencia de la misma.

Si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos sesenta (60) días calendario desde la primera incapacidad temporal reportada, se constituirá como un nuevo evento y tendrá derecho a recibir hasta un máximo de cuatro (4) pagos.

Para el caso de coberturas asociadas a Préstamos y/o Tarjetas de Crédito, el beneficio se establecerá en función al comportamiento crediticio que haya tenido el asegurado anterior a la fecha de incapacidad. Consecuentemente no se pagará ningún incremento de beneficio que se pudiera experimentar como consecuencia de aumentos del préstamo o incrementos en los pagos mínimos de la tarjeta de crédito que sean posterior a la fecha en que el Asegurado este Incapacitado temporalmente.

CLAUSULA No. 2 EXCLUSIONES

1. Las coberturas de este seguro no se harán efectivas en caso de que el Fallecimiento del Asegurado Titular se produzca a consecuencia de, o por complicaciones de:

- a) Lesiones sufridas durante prestación de servicio militar, guerra declarada o no, motines, revolución y/o tumultos.**
- b) Siniestros derivados de participación del Asegurado en actos delictivos de cualquier clase.**
- c) Suicidio o intento del mismo durante el primer (1) año de vigencia de la cobertura de cada Asegurado de la póliza, mutilación voluntaria o lesiones autoinflingidas durante cualquier momento de vigencia de la póliza.**
- d) Siniestros cuando el Asegurado se encuentre en estado de embriaguez, siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, 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 Embriaguez Habitual o mientras el Asegurado o familiares asegurados, según el Plan contratado, se encuentren bajo la influencia de drogas, a menos que éstas sean bajo prescripción médica.**
- e) Lesiones o accidentes por vuelos aéreos de cualquier tipo, excepto los realizados como pasajero en aerolíneas comerciales establecidas.**
- f) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes de acuerdo a la definición de este clausulado.**

2. Las coberturas de este seguro no se harán efectivas en caso de que el Desempleo del Asegurado se produzca a consecuencia de:

a) Cuando el contrato de trabajo del Asegurado termine por cualquiera de las siguientes causas:

- Decisión unilateral del trabajador.**
- Por despido con justa causa, de acuerdo a la legislación laboral hondureña.**
- Por muerte del trabajador.**
- Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectué pago alguno de bonificación o suma alguna por decisión de parte del empleador.**

- **Por expiración del término estipulado en los contratos a término fijo.**
 - **Por terminación de la obra o labor contratada.**
 - **Por no regresar el trabajador a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato.**
- b) Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o a la finalización del periodo de prueba de dos (2) meses.**
 - c) Cuando el contrato de trabajo sea suspendido por cualquier causa.**
 - d) Cuando se trate de trabajadores empleados en su propia empresa.**
 - e) Cuando se trate de trabajadores independientes o pensionados.**
 - f) Cuando el Asegurado se encuentre empleado, incluso después de haber tenido un periodo sin empleo.**
 - g) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una huelga general (una huelga contra todos los patronos de una industria o territorio). O paro laboral como medio a forzar a algunos patronos a aceptar alguna demanda.**
 - h) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una disputa laboral por sindicato (un paro laboral sindical para obtener concesiones del patrono en la cual estén envueltas más de una persona).**
 - i) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de un cierre (cierre temporal de un lugar de trabajo o despido de empleados para desalentar actividades sindicales, o para obtener concesiones por parte del patrono y excluyendo cierres temporales normales).**
 - j) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una conmoción civil, motín, insurrección, rebelión, o revolución.**
 - k) Cuando la terminación del contrato de trabajo sea a consecuencia de una guerra o acto de guerra, declarada o no.**
 - l) Despidos masivos donde el empleador termina unilateralmente contrato laboral con más del 10% del total de los empleados de la Compañía**
 - m) Terminación de contrato de personas que trabajan con instituciones gubernamentales o de estado.**

3. La Compañía no reconocerá indemnización alguna cuando la Incapacidad temporal sea consecuencia de:

- a) Accidentes originados por la participación del Asegurado en:**
 - Tentativa de suicidio, o lesiones causadas a sí mismo ya sea en estado de cordura o demencia.
 - Lesiones causadas por otra persona, con arma de fuego, cortante, punzante o contundente
 - Accidentes de aviación que sufra el Asegurado cuando viaje como pasajero, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros
 - Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal
 - Encontrarse el Asegurado en estado de embriaguez, siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, 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 Embriaguez Habitual o mientras el Asegurado o familiares asegurados, según el Plan contratado, se encuentren bajo la influencia de drogas, a menos que éstas sean bajo prescripción médica.
 - Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos
 - Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza
 - Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica
 - Participación voluntaria en cualquier clase de riña o pelea
- b) Alguno de los siguientes eventos:**
 - El estado de embarazo o los periodos de licencia por maternidad.
 - Padecimiento de enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos, etc.
 - Condiciones preexistentes debido a una enfermedad, lesión corporal o síntoma, las cuales existían con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado. Una condición preexistente se define como: enfermedad, lesión corporal o síntoma por las cuales el Asegurado:
 - 1. Tuvo advertencia médica o consultó a un médico.
 - 2. Recibió tratamiento médico y o quirúrgico, servicios o suministros.
 - 3. Se ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico.

4. Tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas.

- **Epidemias y pandemias oficialmente declaradas por el Ministerio de Salud o por el organismo de salud mundial competente.**

c) No se incluyen bajo esta cobertura:

- **Los pensionados**
- **Los miembros de fuerzas militares**
- **Las personas que trabajan con instituciones gubernamentales o de estado.**
- **Las personas con contrato de trabajo**

CLAUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El contrato de Seguro queda constituido por esta Póliza, la Solicitud de Seguro, Certificado Individual de Seguro y los anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes que guarde relación con el presente contrato de seguro.

CLAUSULA No. 4 DEFINICIONES

- 1) Asegurado:** Es el titular del interés asegurable y designado expresamente en la solicitud-certificado o sus condiciones particulares.
- 2) Antigüedad Laboral:** Se refiere al periodo de tiempo durante el cual el asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de desempleo. El periodo de antigüedad laboral establecido para esta cobertura es de doce (12) meses.
- 3) Beneficiario:** Persona o personas que, por designación del Asegurado debidamente notificada a la Compañía por escrito, o a falta de designación de beneficiario por parte del Asegurado, por disposición legal, tienen derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en la proporción correspondiente, una vez ocurrido el evento cubierto bajo la presente póliza.
- 4) Certificado de Seguro:** Documento mediante el cual el Asegurado contrata la cobertura en la póliza, la cual se activa de forma automática en caso de declarar que está en buen estado de salud, quedándole copia del mismo como certificado de seguro donde se incluye el nombre, fecha de nacimiento, número de identidad, domicilio y número de contacto del propuesto asegurado, la respuesta a la declaración de buen estado de salud, la designación de beneficiarios y el monto de cobertura disponible para el cliente.

- 5) Compañía: Para efectos de este contrato la Compañía en adelante Pan American Life Insurance Company.
- 6) Comisión Nacional de Bancos y Seguros: Entidad encargada de la supervisión, inspección y vigilancia de la actividad bancaria, de seguros, previsionales, de valores y demás relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público.
- 7) Contratante: Persona jurídica que celebra la contratación de la póliza y que suscribió la solicitud de seguro que fue base para expedir la presente póliza y que se obliga a efectuar el pago de las primas correspondientes al seguro.
- 8) Desempleo: Es la situación que se presenta respecto del Asegurado quien tiene contrato a término indefinido y quien, pudiendo y queriendo trabajar, por circunstancias que no le sean imputables, pierda su única ocupación laboral, implicando terminación de la relación laboral entre el empleador y el respectivo trabajador asegurado, en forma definitiva y por causas no imputables a este último. Es cuando el Asegurado queda desempleado involuntariamente sin percibir ingresos de otras fuentes.
- 9) El Valor Asegurado: Para la cobertura de Vida e Incapacidad Total y Permanente se definirá en las Condiciones Particulares de la póliza de seguros el valor asegurado a cubrir, pudiendo este ser el saldo insoluto de la deuda o el valor inicial de la deuda según lo definido en este contrato, o un valor asegurado fijo que se especificará en la carátula de la póliza de seguros. Tratándose de Créditos de cuota fija, el valor asegurado se define como el Pago Mensual Total del crédito multiplicado por la cantidad de meses establecidos como el beneficio total a pagar por la Compañía en el Certificado Individual de Seguro. Tratándose de Créditos Revolventes o rotativos, se define como el Pago Mínimo adeudado al momento del Evento por el Asegurado al Tomador, multiplicado por la cantidad de meses establecidos como el beneficio total a pagar por la aseguradora en el Certificado Individual de Seguro. En todo caso, se podría también definir un valor asegurado fijo que se especificará en las Condiciones Particulares de la póliza de seguros.
- 10) Enfermedades, Accidentes o Padecimientos Preexistentes: Padecimientos y/o enfermedades preexistentes por accidentes o enfermedades ocurridos antes de la fecha de ingreso del asegurado individual a la póliza del certificado individual, declarados o no, salvo comunicación escrita de la compañía. Se entiende por enfermedades, padecimientos preexistentes, aquellas que en fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo para cada asegurado hayan sido diagnosticadas por un médico, o por las cuales se haya consultado o recibido tratamiento médico,

servicio o suministro, prescripción de medicamentos o drogas o sean aparentes a la vista o las que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidas.

- 11)**Endoso: Documento emitido por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
- 12)**Fecha de Inicio de Vigencia de la Cobertura: Fecha a partir de la cual da inicio la protección de la Póliza para cada Asegurado, estipulada en el Certificado Individual de Seguro.
- 13)**Fecha de Término de Vigencia de la Cobertura: Fecha en la cual concluye la protección o cobertura para cada Asegurado en la Póliza, estipulada el Certificado Individual de Seguro.
- 14)**Fecha efectiva de la póliza: Fecha a partir de la cual da inicio la protección de la Póliza suscrita del Contratante con la Compañía.
- 15)**Fecha de terminación de la póliza: Fecha en la cual concluye la protección o cobertura del Contratante con la Compañía.
- 16)**Grupo Asegurable para la Cobertura de Desempleo: Será elegible para personas trabajadoras afectadas a quedar desempleadas por circunstancias no imputables al actuar del Asegurado y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales. El asegurado debe haber estado empleado a tiempo completo por los últimos doce (12) meses continuos con el mismo empleador y estar registrado ante el Instituto Hondureño de Seguridad Social como trabajador asalariado. El Asegurado ha tenido que haber estado recibiendo salarios o sueldos de un patrono, que no será él mismo ni un familiar hasta segundo grado de consanguinidad y cuarto de afinidad.

Este beneficio adicional no es elegible para personas que estén jubiladas, que estén tramitando una solicitud de pensión por invalidez, pensionadas, que estén incapacitadas total y permanentemente o con una incapacidad temporal excepto por maternidad. Tampoco son elegibles los extranjeros que no tengan documentos de permisos laborales y documentos migratorios aprobados para ser residentes de la República Hondureña. Igualmente, las personas que hubieran sido notificados en forma verbal o escrita de que se va a producir su desempleo con anterioridad a la fecha de puesta en vigencia del Certificado Individual de seguro o que cotizan como trabajadores independientes a al Instituto Hondureño de Seguridad Social.

- 17)**Grupo asegurable Cobertura Incapacidad Temporal: Aplica solamente al asegurado que es trabajador independiente y empleado a cuenta propia (no devenga salario de un patrono) y que

quede temporalmente incapacitado y por más de treinta (30) días, para realizar sus labores debido a una lesión corporal accidental, enfermedad o una condición no excluida de la cobertura del seguro.

- 18) Incapacidad Temporal:** Hechos en que el Asegurado se incapacite totalmente de forma temporal como consecuencia de un accidente o enfermedad corporal no excluida en la póliza quedando inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional.
- 19) Saldo insoluto de la deuda:** Significa la cantidad de dinero total adeudada y no pagada por el Asegurado al Contratante en los términos del contrato de Crédito, a la fecha de la ocurrencia del Evento. El Saldo Insoluto únicamente comprende el capital principal de la deuda, así como los intereses ordinarios. Queda entendido que, de manera enunciativa, más no limitativa, los intereses moratorios, comisiones, así como cualquier otro cargo adicional, no se encuentran comprendidos dentro del Saldo Insoluto y consecuentemente no se encuentran cubiertos de forma alguna bajo el presente Contrato de Seguro, salvo se indique lo contrario en la caratula de la póliza.
- 20) Valor inicial de la deuda:** Se pagará el saldo insoluto de la deuda al tomador de la póliza y la diferencia entre el valor inicial de la deuda y el saldo insoluto de la misma a la fecha de ocurrencia del evento será pagada a los beneficiarios designados por el Asegurado.
- 21) Ley:** Se refiere al conjunto de leyes, reglamentos, regulaciones y demás disposiciones aplicables en materia de seguros y vigentes en la República de Honduras.
- 22) Periodo de carencia:** Corresponde al periodo mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización frente a la ocurrencia de un evento. El periodo máximo de Carencia para esta cobertura se establece en noventa (90) días, y será en el indicado en solicitud/certificado de seguro.
- 23) Periodo de espera:** Corresponde al periodo mínimo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el primer pago una vez tenga derecho a recibir la cobertura del beneficio, así como el periodo de tiempo que el asegurado deberá estar en estado de desempleo y permanecer vivo, para acceder al primer pago. El periodo máximo de espera para esta cobertura se establece en noventa (90) días, y será en el indicado en solicitud/certificado de seguro.

- 24) Periodo de Gracia:** Periodo de tiempo que la Compañía otorga al contratante para el pago de la Prima convenida, dentro del cual se mantiene la protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.
- 25) Periodo mínimo activo:** Se refiere al tiempo que debe transcurrir durante el cual el asegurado que ya haya sido indemnizado en razón del seguro y que ha obtenido nuevamente un empleo trabajo, debe mantenerse en éste para poder afectar nuevamente el seguro si incurre en desempleo involuntario otra vez. El periodo Activo Mínimo definido para esta cobertura es de doce (12) meses consecutivos con el mismo empleador.
- 26) Póliza de Seguro:** Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las Condiciones Generales, Solicitud de Seguro, Solicitud – Certificado de Seguro del asegurado y endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba y parte integral del Contrato de Seguro.
- 27) Prima:** Cantidad que deberá pagar el Contratante del seguro como condición para mantener vigente la Póliza, cuyo monto y forma de pago se señalan en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 28) Recibo de Pago:** Es el documento expedido por la Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.
- 29) Solicitud de Seguro:** Es el formulario aprobado por la Compañía mediante el cual el Contratante solicita el plan de beneficios bajo la presente póliza.
- 30) Suma Asegurada:** Es la cantidad máxima que pagará La Compañía a un Asegurado o los Beneficiarios registrados ante la Compañía, a consecuencia del riesgo cubierto de acuerdo con las estipulaciones consignadas en esta Póliza y en la Solicitud-Certificado de Seguro.

CLAUSULA No. 5 LIMITES DE RESPONSABILIDAD

La Compañía ampara a los Asegurados en caso de fallecimiento, de Desempleo o de Incapacidad Temporal, de acuerdo con las Condiciones Generales, Anexos de esta Póliza y conforme a la cobertura y suma asegurada establecida en el Certificado Individual de Seguro, siempre que el fallecimiento, el Desempleo Involuntario o la Incapacidad Temporal ocurran durante la vigencia de este seguro y no esté excluido conforme a las estipulaciones de esta Póliza y/o sus anexos.

CLAUSULA 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 del Asegurado o cualquier otro documento que entregue a la Compañía respecto a hechos o circunstancias importantes para la apreciación y/o evaluación del riesgo al que se le dará cobertura, de conformidad con lo que al respecto se establece en los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.

CLAUSULA No. 7 PAGO DE PRIMA

El Contratante pagará el monto de la prima en la fecha de inicio de vigencia de la póliza y sucesivamente de acuerdo a la forma de pago acordada con la Compañía.

CLAUSULA No. 8 VIGENCIA

Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efecto las coberturas para los asegurados. Dicho período comienza en el momento en el que la Compañía acepta el riesgo solicitado por el Contratante y termina a las veinticuatro (24) horas del día en que se cumplen cualquiera de las causales de terminación que se describen en la cláusula de terminación de la póliza.

Vigencia de la Cobertura del Asegurado, Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efecto las coberturas de cada asegurado. Dicho período comienza en el momento en el que el contratante notifique la inclusión de cada Asegurado a la póliza colectiva efectuando el pago de prima correspondiente y termina a las veinticuatro (24) horas en que se cumplen cualquiera de las causales de terminación que se describen en la cláusula de terminación de la cobertura del Asegurado.

CLAUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene el derecho de designar en el Certificado 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 del nuevo Beneficiario para su anotación en la Póliza. 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 Póliza el carácter irrevocable de la designación.

En caso de que algún beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás beneficiarios sobrevivientes en partes iguales y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del Asegurado. A los efectos del seguro, se presume que el beneficiario de que se trate ha fallecido simultáneamente con el Asegurado cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

En caso de que un Beneficiario fallezca en fecha posterior a la muerte del Asegurado, La Compañía pagará el importe de la póliza a los herederos legales de ese Beneficiario.

El Asegurado tiene derecho en cualquier momento de cambiar de beneficiarios y deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, para que dichos cambios surtan efecto.

CLAUSULA No. 10 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante es la persona jurídica que celebra la contratación de la Póliza. La solicitud que ha servido de base para expedir la presente Póliza ha sido suscrita por El Contratante. Son obligaciones del Contratante:

- a) Recaudar, por los medios acordados por ambas partes la prima de la Póliza, así como el pago de la prima adeuda a la Compañía.
- b) Entregar a cada Asegurado la copia correspondiente de su Certificado Individual de Seguro.
- c) Informar por escrito a La Compañía, adjuntando los documentos del caso en cuanto a:
 - 1. Nuevos ingresos al grupo, resguardo del Certificado Individual de Seguro de cada Asegurado que se enviará a la Compañía en caso de siniestro;
 - 2. Salidas de Asegurados
 - 3. Cualquier situación de los Asegurados que afecte alguna de las condiciones de la Póliza; y,
 - 4. Propuesta de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que La Compañía decida al respecto.
- 1) Dar a conocer a las personas que se aseguren, la necesidad de declarar exactamente la edad.

CLAUSULA No. 11 PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

1. Presentar información falsa de los Asegurados a la Compañía.
2. Efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
3. No pagar en su debido momento a la Compañía, la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.
4. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Compañía y que pertenecen a un Asegurado o a sus Beneficiarios.

CLAUSULA No. 12 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Contratante o 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. Para los efectos de ésta póliza, la Agravación Esencial de Riesgo se define como: Situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del Asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere peligrosidad superior al inicialmente contratado. Son todas aquellas circunstancias que agraven el riesgo y que sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por la Compañía al inicio del contrato no lo habría celebrado. La notificación se hará por escrito a las oficinas de la Compañía o mediante el correo electrónico PColectivo-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 Contratante o del Asegurado o si el Contratante o el Asegurado provocan la agravación esencial del riesgo cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo quince (15) días después de que la Compañía le comunique al Contratante su resolución de terminar el contrato por esta razón. La mala fe del Contratante o de alguno de los Asegurados dará derecho a la Compañía a retener la prima no devengada. Si el Contratante o el Asegurado no notifican a la Compañía de la Agravación Esencial de Riesgo antes del fallecimiento del Asegurado, la Compañía se reserva el derecho de modificar el monto del Beneficio por fallecimiento 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.

CLAUSULA No. 13 AVISO DEL SINIESTRO

1. Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a La Compañía en el curso de los primeros cinco (5) días calendario de cualquier siniestro que pueda ser motivo de indemnización.
2. En toda reclamación deberá comprobarse a La Compañía y por cuenta del reclamante, la realización del siniestro.

Información requerida para la presentación del reclamo:

Información requerida con la presentación del reclamo para el pago del Siniestro por fallecimiento:

- Solicitud de reclamación del (los) Beneficiario(s), debidamente completada.
- Original de Certificado de Defunción del Asegurado, que incluya las causas de muerte emitido por el hospital o Centro de Salud correspondiente. En caso de que fallezca en el extranjero deberá presentar el documento debidamente apostillado o legalizado.
- Copia de Cédula de Identificación del Asegurado fallecido.
- Si la muerte ocurre por accidente, presentar copia certificada del Parte oficial o del Reporte oficial emitido por las autoridades correspondientes con relación al accidente.
- Presentar original y copia de Cédula de identificación del o (los) Beneficiario(s).

Información requerida para la indemnización por Incapacidad Total:

- Solicitud de reclamación, debidamente completada.
- Certificados y exámenes médicos originales que acrediten la incapacidad total y permanente por más de 150 días corrientes, expedidos por Instituto Hondureño de Seguridad Social o el médico especialista en medicina ocupacional.
- Copia de Cédula de Identificación del Asegurado Incapacitado.
- Presentar original y copia de Cédula de identificación del o (los) Beneficiario(s).

Información requerida para la indemnización por desempleo Involuntario:

- a) Formulario de reclamación suministrado por la compañía debidamente diligenciado por el asegurado o sus beneficiarios.
- b) Fotocopia de la tarjeta de identidad del Asegurado.
- c) Original o copia autenticada del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.
- d) Original o copia autenticada del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales emitidas por el patrono.
- e) Por cada mes de Desempleo Involuntario y hasta el máximo periodo cubierto, una declaración juramentada ante notario en la que se deje constancia de continuar en tal situación.

Información requerida para la indemnización por Incapacidad Temporal y Permanente:

- a) Formulario de reclamación suministrado por la compañía debidamente diligenciado por el Asegurado Titular o sus beneficiarios.
- b) Fotocopia de la tarjeta de identidad del Asegurado.
- c) Certificados y exámenes médicos originales que acrediten la incapacidad temporal por más de 30 días corrientes, expedidos por Instituto Hondureño de Seguridad Social o el médico especialista en medicina ocupacional.
- d) En caso de encontrarse realizando aportes al Instituto Hondureño de Seguridad Social como cotizante, adjuntar copia autenticada de la planilla de dichos aportes.

La compañía podrá en todo caso solicitar la documentación, historia clínica o exámenes que considere necesaria para comprobar la ocurrencia del siniestro cuando esto no haya sido plenamente demostrado con la reclamación. Así mismo podrá a su propio costo, hacer examinar al asegurado las veces que lo estime razonablemente necesario.

Reclamante Sustituto

Cuando se demostrare fehacientemente mediante Certificación Médica que por razones atribuibles a su condición de salud el Asegurado no puede reclamar directamente los derechos adquiridos por las coberturas de Incapacidad Total Temporal y Total Permanente, podrá actuar en su nombre y representación la persona denominada como Reclamante Sustituto.

El Reclamante Sustituto deberá acreditarse en la Solicitud-Certificado de Seguro, teniendo el Asegurado en todo momento la opción de modificar su designación y comunicar esta nueva designación a la Compañía. La Compañía tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento por medio de notificación por escrito recibida en las oficinas de la Compañía.

La designación del Reclamante Sustituto le autoriza únicamente para realizar los trámites del reclamo, ya que el pago de las Indemnizaciones se realizará a nombre del Asegurado, por lo que se establece así que al efectuar el pago atribuible al Asegurado la Compañía habrá satisfecho la indemnización correspondiente a ese reclamo específico.

CLAUSULA No. 14 TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este Contrato de Seguro terminará sin obligación posterior para la Compañía y sin notificación alguna, en los siguientes casos:

- a. Por falta de pago de Primas del Contratante. La terminación de la Póliza causará efecto, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido, según lo establecido en la cláusula Periodo de Gracia para el Pago de las Primas más adelante indicado, sin haberse recibido el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s).
- b. Al vencimiento del contrato si éste no se renueva por alguna de las partes con notificación a la otra parte por lo menos con noventa (90) días calendario de anticipación. La Compañía no tiene obligación de renovar este contrato a su vencimiento.
- c. Cuando el Contratante solicite por escrito la cancelación de la Póliza a la Compañía por lo menos con noventa (90) días calendario de anticipación.
- d. De conformidad a la Cláusula No. 27 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT.

TERMINACION INDIVIDUAL

Las coberturas para cada uno de los Asegurados terminarán en los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de Primas del contratante. La terminación de la Póliza causará efecto, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido, según lo establecido en la cláusula Periodo de Gracia para el Pago de las Primas más adelante indicado, sin haberse recibido el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s).
- b) Al vencimiento del contrato si éste no se renueva por alguna de las partes con notificación a la otra parte por lo menos con noventa (90) días calendario de anticipación. La Compañía no tiene obligación de renovar este contrato a su vencimiento.
- c) Cuando el Contratante solicite por escrito la cancelación de la Póliza a la Compañía por lo menos con noventa (90) días calendario de anticipación.
- d) 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.
- e) En la fecha de ocurrencia del fallecimiento del Asegurado.
- f) A partir del momento en que la Compañía hubiese realizado el pago del 100% del beneficio, salvo en el caso de pagos por el beneficio de Desempleo e Incapacidad Temporal.
- g) En la fecha que la Compañía realice el pago del beneficio por Incapacidad Total y Permanente.
- h) Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años para los hombres y sesenta (60) para las mujeres.
- i) 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 carta, siempre y cuando la solicitud de cancelación no sea retroactiva con respecto a la fecha de presentación de la misma. Se procederá a devolver al Asegurado la prima no devengada al momento de la cancelación, y en los casos en los que la cancelación suceda en los primeros treinta (30) días calendario de la contratación del Seguro se devolverá el 100% de la prima.

- l) De conformidad a la Cláusula No. 27 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT.

CLAUSULA No. 15 RENOVACIÓN

Esta Póliza es emitida con vigencia anual, transcurrido este periodo se considerará renovada por períodos de un año (1) si, dentro de los últimos noventa (90) 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 prima convenida por ambas partes.

CLAUSULA No. 16 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 asumido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

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

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, 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.

CLAUSULA No. 17 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus Contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación 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.

CLAUSULA No. 18 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 Contratante que conste en la Póliza, o en la dirección de los Asegurados que conste en el Certificado individual de Seguro según sea el caso.

CLAUSULA No. 19 TERRITORIALIDAD

La presente póliza aplica únicamente dentro del territorio hondureño.

CLAUSULA No. 20 SUICIDIO

No está cubierto el Suicidio o intento del mismo durante el primer (1) año de vigencia de la póliza, ni la mutilación voluntaria durante cualquier momento de vigencia de la póliza.

CLAUSULA No. 21 EDAD

Los individuos elegibles para el seguro bajo esta Póliza son los siguientes:

- Edades de aceptación:

Vida e Incapacidad total y permanente: De dieciocho (18) a sesenta y cuatro (64) años

Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal:

- a) Hombre: De dieciocho (18) años a sesenta y cuatro (64) años
- b) Mujeres: De dieciocho (18) años a cincuenta y nueve (59) años.

- Edades de Terminación:

Vida: setenta (70) años

Incapacidad total y permanente: sesenta y cinco (65) años

Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal:

- a) Hombre: sesenta y cinco (65) años
- b) Mujeres: sesenta (60) años.

CLAUSULA No. 22 PERIODO DE GRACIA

El Contratante dispondrá de un Periodo de Gracia de treinta (30) días calendario para pagar la prima, contados a partir de la fecha de vencimiento de cada Prima. Transcurrido este plazo, si no se ha efectuado el pago de la Prima, la Compañía procederá a cancelar la Póliza.

CLAUSULA No. 23 REHABILITACIÓN

No hay rehabilitación.

CLAUSULA No. 24 INDISPUTABILIDAD

En los Seguros de Vida es lícita la Cláusula de Indisputabilidad, por la que la Compañía renuncia a impugnar la Póliza, desde su emisión, a no ser por motivos derivados de falsas declaraciones que modifiquen esencialmente el riesgo.

CLAUSULA No. 25 VALORES GARANTIZADOS

No aplica.

CLAUSULA No. 26 MONEDA

Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte del Contratante o por la Compañía, se efectuarán en Lempiras, moneda oficial de la Republica de Honduras.

CLAUSULA No. 27 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 Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLAUSULA No. 28 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.