

## **SEGURO AHORROFLEX 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 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**

**El seguro cubrirá el riesgo básico por fallecimiento y las coberturas adicionales que opcionalmente pueda contratar el Asegurado. Las cuales están descritas en las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente póliza:**

#### **COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO**

**Es la cantidad pagadera por la Compañía en caso de fallecimiento del Asegurado, según la opción de Indemnización que se hubiere seleccionado.**

**El Asegurado podrá seleccionar una de las dos (2) opciones de indemnización en caso de fallecimiento:**

**A) SUMA ASEGURADA MÁS FONDO ACUMULADO:** El Asegurado escoge un monto de seguro puro que es la Suma Asegurada Básica establecida en las Condiciones Generales de la Póliza. Bajo esta opción, el beneficio por muerte siempre equivale a la Suma Asegurada Básica, más el saldo del Fondo Acumulado a la fecha de pago del siniestro.

**B) SUMA ASEGURADA NIVELADA:** Con la Suma Asegurada Básica el Asegurado escoge el monto del beneficio por fallecimiento y a medida que aumenta el Fondo Acumulado, disminuye el monto de seguro puro.

**En algunas situaciones, de acuerdo con el monto de las aportaciones hechas por el Asegurado, y las metas de seguro puro y de ahorro, el Fondo Acumulado puede igualar o superar la Suma Asegurada Básica, con lo que el seguro puro desaparece y el beneficio por fallecimiento será el Fondo Acumulado.**

Debido a lo anterior, la póliza establece que, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, se pagará la cantidad que resulte mayor entre:

- 1) La suma asegurada que aparece en las Condiciones Particulares.
- 2) El Fondo Acumulado constituido a la fecha de pago del siniestro.

La Suma Asegurada Básica tiene dos significados diferentes, de acuerdo con la Opción escogida:

- 1) De “Seguro Puro”: Cuando se escoge la Opción A: Suma Asegurada más Fondo Acumulado, en cuyo caso el beneficio por fallecimiento siempre es la Suma Asegurada Básica más el Fondo Acumulado.

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado, la Compañía pagara a los beneficiarios designados la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, considerando los decrementos y/o incrementos de suma asegurada contratados hasta la fecha del siniestro, más el saldo del fondo en administración a la fecha en que se haga la liquidación.

- 2) De beneficio total por fallecimiento cuando se elige la Opción B: Suma Asegurada Nivelada, en cuyo caso el beneficio por fallecimiento será la Suma Asegurada Básica, con la excepción de que, si el Fondo en Administración al momento del fallecimiento es mayor a la Suma Asegurada Básica, se pagará el Fondo Acumulado.

#### **APORTE ADICIONAL PROGRAMADO (AAP)**

Corresponde a un valor extra que el Asegurado hace a la prima del seguro, para fortalecer el fondo acumulado y valor de rescate final.

El Programa de Aportaciones es establecido por el propio Asegurado para cubrir el Programa de Coberturas y los Objetivos de Capitalización y Retiro; en virtud de ello, el Asegurado acepta realizar los pagos de sus aportaciones en las fechas de vencimiento establecidas, conforme lo indicado en el Programa de Aportaciones que aparecen en las Condiciones Particulares.

El cumplimiento por parte del Asegurado de su Programa de Aportaciones u otro que sea financieramente equivalente o mayor, permitirá que el Fondo en Administración sea suficiente para mantener en vigor la Póliza hasta la terminación del Plazo de Seguro contratado.

El Asegurado podrá en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, realizar aportaciones adicionales a su programa de aportaciones, que serán destinadas a incrementar su Fondo en Administración.

El Asegurado podrá en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, solicitar por escrito a la Compañía ajustes en su Programa de Aportaciones, modificándose a su conveniencia su Programa de Coberturas y/o los Objetivos de Capitalización y Retiro.

### **EXTRAPRIMA BÁSICA**

Es un valor a cargo del Asegurado correspondiente a recargos por sobre mortalidad en función de su estado de salud calculada como un porcentaje de mortalidad sobre la prima neta de la cobertura básica y recargos por Ocupación calculado como un porcentaje al millar sobre la suma asegurada de la cobertura básica.

### **COBERTURAS ADICIONALES**

A continuación, se describen todas las Coberturas Adicionales mediante el pago de Extra-Prima Adicional que es posible agregar a la Cobertura Básica por Fallecimiento, pero solamente tendrán efectividad las que aparecen identificadas en el Programa de Coberturas de las Condiciones Particulares, para las cuales se haya efectuado el pago de la prima correspondiente.

### **EXTRA-PRIMA ADICIONAL**

Estas corresponden a las coberturas de Cobertura de Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DIMAP), Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT) y Renta Mensual Por Invalidez Total y Permanente (REMI), misma que son seleccionadas voluntariamente por el Asegurado cuya prima de tarifa es la suma de las Extraprimas para las Coberturas Adicionales.

#### **1. COBERTURA ADICIONAL POR ACCIDENTE:**

##### **A. COBERTURA DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DIMAP):**

Esta cobertura es adicional a la Cobertura Básica y otorga los beneficios usuales de Doble y Triple indemnización, Desmembración y Pérdida de la Vista en accidente común o calificado.

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta cobertura. Si el Asegurado no fallece, pero sufre pérdidas orgánicas, de la vista o la audición, se pagará al propio Asegurado, el porcentaje de la suma Asegurada de acuerdo con la Escala de Indemnizaciones que aparece en la presente Cobertura.

Las indemnizaciones a que se refiere esta Cobertura sólo procederán si el accidente que de origen al siniestro satisface la definición que aparece a continuación, ocurre durante el período de vigencia de esta Cobertura, y la muerte o pérdidas orgánicas, de la vista o la audición se presentan dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho accidente.

Se entenderá por accidente, aquel que produzca al Asegurado una lesión corporal, debida a la acción directa o violenta por causas externas, imprevistas y ajenas a la voluntad del Asegurado o la de un tercero, y de cuya lesión exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo, excepto en el caso de ahogamiento o de lesión interna revelada por autopsia, que no se requerirá tal evidencia.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:

- a. La asfixia o intoxicación por vapores o gases.
- b. La asfixia por inmersión u obstrucción.
- c. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado siempre que no hayan sido suministrados intencionalmente.
- d. El carbunco o tétano de origen traumático.
- e. La intoxicación o las infecciones microbianas originadas mediante heridas externas producidas como consecuencia de lesiones accidentales.
- f. La rabia.

La suma asegurada para esta Cobertura será la que se indica en el Programa de Coberturas de las Condiciones Particulares.

<b>ESCALA DE INDEMNIZACIONES POR MUERTE O PERDIDAS ORGANICAS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE</b>	
<b>Por la pérdida de :</b>	<b>% de la suma asegurada de muerte Accidental</b>
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	50%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
La audición de ambos oídos	25%
El dedo pulgar de la mano derecha	25%
El dedo pulgar de la mano izquierda	20%
El dedo índice de la mano derecha	10%
El dedo índice de la mano izquierda	8%
El dedo medio, anular o meñique de la mano derecha, c/u	5%
El dedo medio, anular o meñique de la mano izquierda, c/u	4%

**Si el Asegurado ha declarado ser Zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización correspondientes.**

**La responsabilidad de la Compañía, en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriera en uno o más eventos varias de las pérdidas especificadas.**

**Por pérdida se entenderá:**

**De una mano: su separación a nivel de la articulación de la muñeca o arriba de ella.**

**De un pie: su separación de la articulación del tobillo o arriba de ella.**

**De los dedos: la separación de dos falanges completas, cuando menos.**

**De la vista de un ojo: la pérdida completa, definitiva e irreparable de la visión de dicho ojo.**

**De la audición de los oídos: la pérdida completa, definitiva e irreparable de la audición de ambos oídos.**

**Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura se duplicarán si la muerte o pérdidas orgánicas, de la vista o la audición causadas por el accidente son sufridas por el Asegurado en cualquiera de los siguientes casos especiales:**

- a.-Cuando el asegurado viaje como pasajero, pagando pasaje, en un vehículo de transporte no aéreo, de línea comercial debidamente autorizada con itinerario regular, entendiéndose coma tal, todo aquel que sea realizado por una Empresa autorizada, en forma profesional y sistemática, independientemente de los lugares en que haya conexión; pero no al momento de ascender o descender del mismo a consecuencia de ello;
- b.-Cuando el Asegurado se encuentre en el interior de un ascensor de uso público, viajando como pasajero;
- c.-A consecuencia de incendio de un teatro, hotel o Edificio Público, cuando el Asegurado se encuentre en el interior del mismo al inicio de la conflagración y siempre que no sea el lugar de su trabajo.

## **CANCELACIÓN DE LA COBERTURA**

Esta Cobertura se cancelará automáticamente a partir del aniversario de la póliza, inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad, o bien al realizarse cualquier indemnización u otorgarse cualquier beneficio derivado de esta cobertura o de la Invalidez; en el caso de Pérdidas Orgánicas indemnizadas bajo esta cobertura, la Suma Asegurada para DIMAP quedará disminuida en el porcentaje que la Compañía haya indemnizado.

El Asegurado podrá dejar sin efecto esta Cobertura solicitándolo por escrito a la Compañía. En este caso se suspenderá el Costo de Protección correspondiente.

## **2. COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:**

Se ofrecen dos (2) tipos de coberturas para el riesgo de Invalidez Total y Permanente, y para ambas aplica la siguiente definición de Invalidez Total y Permanente.

Se considerará Invalidez Total cuando el Asegurado esté incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo u ocupación que le genere utilidad o remuneración; y se considerará como Permanente cuando razonablemente no pueda esperarse la recuperación de la capacidad del Asegurado para el resto de su vida.

Se considerará específicamente como Invalidez Total Permanente:

- a) La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos;
- b) La pérdida total de ambas manos;
- c) La pérdida total de ambos pies;
- d) La pérdida total de una mano y un pie conjuntamente; o
- e) La pérdida total de una mano o un pie y la vista de un ojo.

Por pérdida total se entenderá la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. Entendiéndose por amputación de una mano o un pie su separación a nivel de la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente, o arriba de ella.

**A) EXENCIÓN DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ECSIT):**  
En caso de que se declare médicamente el estado de invalidez total y permanente del Asegurado, a causa de accidente o enfermedad, y que la invalidez ocurra durante el período de vigencia de esta Cobertura y antes del aniversario de la Póliza inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, La Compañía exonerará al Asegurado del Costo de Protección de la Cobertura Básica por Fallecimiento y del Capital Final especificadas en las Condiciones Particulares, continuando las mismas vigentes hasta completarse el plazo del seguro, sin que el Asegurado tenga que realizar aportación alguna.

Queda entendido que las Coberturas Adicionales de Accidente, Invalidez y Continuación de Seguro Exento de Primas (COSEP) terminará Automáticamente al aplicarse el beneficio concedido por esta cobertura.

La exención a que se refiere esta Cobertura sólo precederá si la invalidez que de origen al siniestro satisface la definición que aparece a continuación y mientras dicho estado de invalidez persista.

El derecho que otorga esta Cobertura será efectivo a partir de la fecha en que la Compañía acepte las pruebas legales de la Invalidez Total y Permanente del Asegurado; sin embargo, la exención del costo del seguro será retroactiva a la fecha en que se hayan declarado médicamente el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado. La retroactividad en ningún caso será mayor de doce (12) meses.

Esta cobertura se cancelará automáticamente a partir del aniversario de la Póliza inmediato Siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, o bien al

realizarse cualquier indemnización u otorgarse cualquier beneficio derivado de estas Coberturas o de la Cobertura por Accidente.

El Asegurado podrá dejar sin efecto esta Cobertura solicitándolo por escrito a la Compañía. En este caso se suspenderá el Costo de Protección correspondiente.

**B) RENTA MENSUAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (REMI):** En caso de que se declare médicamente el estado de invalidez total y permanente del Asegurado , a causa de accidente o enfermedad y que la invalidez ocurra durante el período de vigencia de esta Cobertura y antes del aniversario de la Póliza inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, la Compañía pagará al Asegurado en forma mensual, vencida y consecutiva, la renta que se establece en el Programa de Coberturas de las Condiciones Particulares, mientras continúe la Invalidez Total y Permanente y hasta la muerte del Asegurado o hasta el fin del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años o al vencimiento de esta Póliza, lo que ocurra primero.

La indemnización a que se refiere esta cobertura solo procederá si la invalidez que de origen al siniestro satisface la definición que aparece a continuación y mientras dicho espacio de invalidez persista.

El derecho de que otorga esta Cobertura será efectivo a partir de la fecha en que la Compañía acepte las pruebas legales de la Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

Esta Cobertura se cancelará automáticamente a partir del aniversario de la póliza inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, o bien al realizarse cualquier indemnización u otorgarse cualquier beneficio derivado de estas Coberturas o de la Cobertura por Accidente.

El Asegurado podrá dejar sin efecto esta Cobertura solicitándolo por escrito a la Compañía de Seguros. En este caso se suspenderá el Costo de protección correspondiente.

En cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía ajustes en su Programa de Coberturas.

Cuando el ajuste signifique incrementos en su Programa de Coberturas, deberá presentar y a satisfacción de la Compañía, las pruebas de asegurabilidad que ésta requiera.

Si como resultado de dichas pruebas se requiere aplicar alguna extra prima, ya sea por razones de salud u ocupación, ésta se aplicará únicamente sobre el importe del incremento solicitado.

Cualquier modificación al Programa de Coberturas se hará constar en la propia Póliza o en anexo debidamente firmado, y su efectividad será a partir de la Fecha Mensual que siga a la aprobación por parte de la Compañía.

### **3. OBJETIVOS DE CAPITALIZACIÓN Y RETIRO**

Los Objetivos de Capitalización y Retiro están constituidos por las coberturas Capital Final y Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP) y aunque seguidamente se describen estas coberturas, solamente tendrán efectividad aquellas que aparecen descritas en el Programa de Coberturas de las Condiciones Particulares, para las cuales se haya efectuado el pago de la aportación correspondiente.

Se contemplan las opciones que se indican a continuación, las cuales serán efectivas en el aniversario de la póliza siguiente a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de retiro, siempre y cuando el Fondo en Administración sea suficiente.

#### **A) CAPITAL FINAL**

Es la cantidad que el Asegurado desea acumular para recibirlo al término de la vigencia de la póliza y puede tener como objetivo la generación de un capital para un propósito y/o para autofinanciar su retiro mediante un ingreso digno al final de la vida laboral.

Por razones técnicas propias de este Seguro Ahorroflex, el monto del Capital Final no se determina como una Suma Asegurada.

En caso de que el Asegurado sobreviva al término de la vigencia de la Póliza y haya cumplido su Programa de Aportaciones, la Compañía le pagará el Capital Final constituido, en una sola exhibición, a través de un Retiro Programado o mediante una Renta Vitalicia, según la decisión que él formule en ese momento. El Capital Final es el saldo del Fondo en Administración menos el costo de la Prima Neta única de la Cobertura Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP), si ésta ha sido contratada.

**FONDO EN ADMINISTRACIÓN:** Las aportaciones efectuadas por el Asegurado a su SEGURO AHORROFLEX (Protección - Capitalización), serán acreditadas a un Fondo en administración individual, cuyo propósito es cubrir el Costo de Protección y los gastos operativos, así como constituir el capital necesario para alcanzar los Objetivos de Capitalización y Retiro.

**MOVIMIENTOS DEL FONDO EN ADMINISTRACIÓN:**

El Fondo en Administración en cada Fecha Mensual se calcula así:

- a) El saldo establecido en la fecha mensual previa; más
- b) Las aportaciones periódicas y extraordinarias recibidas desde la fecha mensual previa; más Intereses Acreditados; menos Gastos Operativos, Costo de Protección; y cualquier impuesto o derecho que proceda.

La Fecha mensual será la que defina la Compañía para la actualización del Fondo en Administración.

**COSTO DE PROTECCIÓN:** Este costo se determinará mensualmente conforme a los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, aplicando los costos unitarios de protección correspondientes al Programa de Coberturas.

**GASTOS OPERATIVOS:** Estos gastos se determinarán mensualmente conforme a los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros para cubrir los Gastos de Adquisición y Administración del Plan.

**INTERÉS ACREDITABLE:** Mientras no se manifiesten en la economía condiciones de interés real menor al 2% anual, la Compañía garantiza acreditar mensualmente sobre el Fondo en Administración, una tasa de Rendimiento anual de por lo menos dos (2) puntos arriba de la tasa de inflación publicada por el Banco Central de Honduras.

En condiciones de interés real menor o igual al 2% anual, el Interés Acreditable será el 90% del que la Compañía obtenga de la inversión de los recursos proveniente de este tipo de contratos.

La Compañía garantiza que el interés mínimo acreditable será el 5% (cinco por ciento) efectivo anual, equivalente al 0.407412% efectivo mensual.

**ESTADO DE CUENTA:** La Compañía enviará, al menos una vez al año, a el último domicilio reportado por el Asegurado, un detalle que refleje los movimientos registrados en su Fondo en Administración, desde la fecha del Estado de Cuenta previa.

**FONDO EN ADMINISTRACIÓN NEGATIVO:** Si en los dos (2) primeros años, contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza, el Fondo en Administración resultare negativo, esta Póliza continuará en vigor siempre y cuando el Asegurado haya cumplido con el Programa de aportaciones establecido. Caso contrario, se aplicará el Período de Gracia indicado en el Capítulo Tercero Programa de Aportaciones.

**RECTIFICACIÓN DE VALORES APLICADOS:** En caso de cualquier error u omisión en la aplicación de las aportaciones o en el cálculo de cualquier valor aplicado al Fondo en Administración, la Compañía efectuará la rectificación correspondiente, reflejándola en el Estado de Cuenta siguiente.

#### **B) CONTINUACIÓN DEL SEGURO EXENTO DE PRIMAS (COSEP)**

Esta cobertura otorga el beneficio de continuar asegurado por el riesgo de fallecimiento, en forma vitalicia y sin más pago de aportaciones.

Considerando que al momento del retiro las obligaciones familiares del asegurado han disminuido, se sugiere que el monto de esta cobertura sea el 30% de la Suma Asegurada Básica, pero el asegurado puede elegir algún otro porcentaje sin exceder del 100%.

En caso de que el Asegurado sobreviva al término de la vigencia de la Póliza y haya cumplido el Programa de Aportaciones, continuará asegurado en forma vitalicia y sin más pago de aportaciones, por la Suma Asegurada indicada para esta Cobertura en las Condiciones Particulares, la que será Pagada por la Compañía a los Beneficiarios designados al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, si en esa fecha la cobertura se encuentra en vigor.

Los aportes periódicos por el costo de la Cobertura Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP) se acumulan en el Fondo en Administración para ser aplicados como Prima Neta única al concluir el plazo del seguro indicado en las Condiciones Particulares, por lo tanto, la vigencia de dicha cobertura está condicionada a la suficiencia del fondo existente en esa fecha.

En caso de que las aportaciones que realice el Asegurado no sean financieramente equivalentes o mayores al Programa de Aportaciones establecido en las Condiciones Particulares, sus objetivos de Capitalización y retiro podrán verse reducidos y aun anulados.

## **CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES**

A continuación, se enumeran las exclusiones de la presente Póliza, por lo tanto, ninguna reclamación o evento a consecuencia de ellas, está amparada en la presente Póliza.

### **COBERTURA DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DIMAP)**

Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura, no se concederán si la muerte o pérdidas orgánicas de la vista o la audición del Asegurado se deben a:

- a) Enfermedades, padecimientos mentales, operaciones quirúrgicas o tratamiento médico de cualquier naturaleza que no sean originados por un accidente cubierto;
- b) Suicidio o su tentativa, así como lesiones provocadas por el propio Asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;
- c) El desempeño de funciones policíacas, el servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, insurrecciones;
- d) Homicidio o tentativa de homicidio;
- e) Asesinato o tentativa de asesinato;
- f) Riña, en la que el Asegurado haya sido el provocador;
- g) Accidente de Navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero, en aviones de Empresas Comerciales, en vuelo regular, destinados al servicio de pasajeros y mientras dichos aviones sean manejados por Pilotos de Planta, dentro o fuera del

horario e itinerario fijo, o vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente;

- h) Actos delictivos intencionales cometidos por el propio Asegurado;
- i) Carreras, pruebas a contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos;
- j) Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo;
- k) Radiaciones Ionizantes;
- l) La influencia del alcohol o cualquier tipo de droga; y,
- m) La influencia de algún enervante, estimulante o similar excepto si han sido prescritos por un médico.

#### **COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:**

##### **A) EXENCIÓN DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ECSIT):**

El derecho establecido en esta Cobertura, no se concederá si la invalidez total y permanente del Asegurado se debe a:

- a) Enfermedades, padecimientos mentales, o lesiones corporales ocurridos antes de la fecha de vigencia o de la última rehabilitación de esta Cobertura;
- b) Tentativa de Suicidio, así como lesiones provocadas por el propio asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;
- c) Cualquier enfermedad mental;
- d) El desempeño de funciones policíacas, el servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones;
- e) Participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales;
- f) Riña, en la que el Asegurado haya sido el provocador;
- g) Carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos;
- h) Accidente de Navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero, en aviones de Empresas Comerciales, en vuelo regular, destinados al servicio de pasajeros y mientras dichos aviones sean manejados por Pilotos de Planta, dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente;



- i) Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo;
- j) Radiaciones Ionizantes;
- k) La influencia del alcohol o cualquier tipo de droga;
- l) La influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si han sido prescritos por un médico;
- m) Si el estado de invalidez es parcial, aun cuando sea permanente; o invalidez total pero no permanente.

#### **B) RENTA MENSUAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (REMI):**

El derecho establecido en esta Cobertura, no se concederá si la invalidez total y permanente del Asegurado se debe a:

- a) Enfermedades, padecimientos mentales, o lesiones corporales ocurridos antes de la fecha de vigencia o de la última rehabilitación de esta Cobertura;
- b) Tentativa de Suicidio, así como lesiones provocadas por el propio Asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;
- c) Cualquier enfermedad mental;
- d) El desempeño de funciones policíacas, el servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones;
- e) Participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales;
- f) Riña, en la que el Asegurado haya sido el provocador;
- g) Carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos;
- h) Accidente de Navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero, en aviones de Empresas Comerciales, en vuelo regular, destinados al servicio de pasajeros y mientras dichos aviones sean manejados por Pilotos de Planta, dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente;
- i) Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo;
- j) Radiaciones Ionizantes;
- k) La influencia del alcohol o cualquier tipo de droga;

- l) La influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si ha sido prescrito por un médico;
- m) Si el estado de invalidez es parcial, aun cuando sea permanente; o invalidez total pero no permanente.

### **CLÁUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO**

Forman parte de esta póliza las Condiciones Generales, sus Condiciones Particulares, los Anexos adheridos a la misma, si los hubiere, la oferta de seguro presentada por el Asegurado a la Compañía y sus declaraciones complementarias, constituyen el Contrato completo de seguro.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

### **CLÁUSULA No. 4 DEFINICIONES**

Para efectos de esta póliza, se define lo siguiente:

**ASEGURADO:** Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro con la Compañía, por medio de este contrato, la persona asume derechos y obligaciones.

**BENEFICIO:** Corresponde al conjunto de coberturas que el Asegurado contrata mediante la póliza de Ahorreflex individual.

**CAPITAL FINAL:** En caso de que el Asegurado sobreviva al término de la vigencia de la Póliza y haya cumplido su Programa de Aportaciones, la Compañía le pagará el Capital Final constituido, en una sola exhibición, a través de un Retiro Programado o mediante una Renta Vitalicia, según la decisión que él formule en ese momento. El Capital Final es el saldo del Fondo en Administración menos el costo de la Prima Neta única de la Cobertura Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP), si ésta ha sido contratada.

**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.

**CONTRATANTE:** Es el dueño de la Póliza y puede ejercer durante la vida del Asegurado, cualquier derecho, privilegio u opción contenido en esta Póliza. Cuando el Contratante y el Asegurado Principal son la misma persona, todos los derechos, privilegios u opciones se reunirán en la persona del Asegurado. Cualquier cambio de Contratante deberá ser solicitado por escrito y sólo será efectivo cuando sea aprobado y registrado por la Compañía.

**FONDO ACUMULADO:** Son las aportaciones efectuadas por el Asegurado a su Seguro Ahorroflex (Protección-Capitalización), serán acreditadas a un Fondo en administración individual, cuyo propósito es cubrir el Costo de Protección y los gastos operativos, así como constituir el capital necesario para alcanzar los Objetivos de Capitalización y Retiro.

**FONDO DE ADMINISTRACIÓN:** Corresponde al Fondo Acumulado que es administrado por la Compañía.

**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:** La incapacidad permanente total es la situación en la que un Asegurado después de una enfermedad o accidente presenta reducciones anatómicas o funcionales que le impiden desempeñar las funciones fundamentales de su trabajo habitual.

**LA COMPAÑÍA:** SEGUROS BOLIVAR HONDURAS, S.A. (SEGUROS DAVIVIENDA)

**LA LEY:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

**PROGRAMA DE COBERTURAS:** Está constituido por la Cobertura Básica por Fallecimiento y las Coberturas Adicionales que opcionalmente pueden ser contratadas.

**SUMA ASEGURADA + FONDO ACUMULADO:** El Asegurado escoge un monto de seguro puro que es la Suma Asegurada Básica establecida en las Condiciones Particulares. Bajo esta opción, el beneficio por muerte siempre equivale a la Suma Asegurada Básica, más el saldo del Fondo en Administración a la fecha de pago del siniestro.

**SUMA ASEGURADA:** Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, considerando los decrementos y/o los incrementos de suma asegurada contratados hasta la fecha del siniestro, más el saldo de Fondo en Administración a la fecha en que se haga la liquidación.

**SUMA ASEGURADA NIVELADA:** Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, la cantidad que resulte mayor entre: 1) La suma asegurada que aparece en la Carátula de la Póliza, considerando los decrementos y/o los incrementos de suma

asegurada contratados hasta la fecha del siniestro y 2) El Fondo en Administración constituido a la fecha en que se haga la liquidación.

### **CLAUSULA No.5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD**

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía será la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza cubriendo los riesgos contratados y que pudieren acaecer durante la vigencia de cobertura de esta póliza.

### **CLAUSULA No.6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS**

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Compañía no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado del Asegurado, serán causas de anulación del contrato, cuando el Asegurado haya obrado con dolo o con culpa grave.

La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

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

Si el seguro concerniere a varias cosas o 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 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 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 No.7 PAGO DE PRIMA**

El Programa de Coberturas y los Objetivos de Capitalización y Retiro se han fijado sobre la base de una Prima Programada anual y anticipada, sin embargo, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía, realizar el pago de la Prima Programada por períodos semestrales, siempre anticipadamente, lo cual se hará constar en la Póliza.

Toda aportación deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo oficial correspondiente. No es deber de la Compañía dar noticia de los vencimientos de aportaciones ni gestionar su cobro; si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de residencia del Asegurado, esto no sentará precedente alguno de obligación.

### **CLÁUSULA No.8 VIGENCIA**

La vigencia de este Contrato será anual, efectiva a partir del día siguiente al de su expedición y se renovará automáticamente al final de cada año de vigencia, salvo que el Asegurado solicite por escrito con por lo menos treinta (30) días de anticipación a su vencimiento, el deseo de no renovarlo.

### **CLÁUSULA No.9 BENEFICIARIOS**

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El Asegurado deberá notificar por escrito el cambio a la Compañía a través de BANCO DAVIVIENDA HONDURAS S. A., indicando el nombre del nuevo beneficiario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

El Asegurado podrá renunciar en forma irrevocable al derecho de cambiar la designación de beneficiario, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y la Compañía a través de BANCO DAVIVIENDA HONDURAS S. A., y que conste en la presente póliza.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado y no se hubiera hecho nueva designación.

### **CLÁUSULA No. 10 AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

Si el Asegurado cambiara su ocupación habitual o ejerciera su profesión en condiciones distintas de las que indicó en su oferta, estableciera su domicilio definitivo en el extranjero o sufriera alguna otra condición que constituya una agravación esencial del riesgo deberá comunicarlo a la Compañía mediante carta certificada u otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca.

Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

Se presumirá siempre que la agravación es esencial cuando: se refiere a un hecho importante para la apreciación del riesgo, que, de haberlo conocido la Compañía al celebrar el Contrato, lo habría contratado en condiciones diferentes; y, que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

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

### **CLÁUSULA No.11 AVISO DEL SINIESTRO**

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, en un plazo máximo de cinco (5) días.

La Compañía tiene el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de documentación e informes sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Los documentos originales a presentar para el análisis y pago de la reclamación aparecen enlistados en estas Condiciones Generales.

### **1. Cobertura Básica Por Fallecimiento:**

La Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado e inscritos en la Póliza, la suma que corresponda a la Alternativa de Indemnización que el Asegurado haya seleccionado y se describa en las Condiciones Particulares.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que el Contrato se encuentre en vigor y hubieren transcurrido más de dos (2) años desde su expedición o de su última rehabilitación, en vida del Asegurado, la Compañía se obliga a pagar una parte de la Suma asegurada de la Cobertura Básica por Fallecimiento que se estipula en el Programa de Coberturas, al beneficiario designado en la póliza, con la sola presentación del Certificado Médico de Defunción o del acta de Defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que tenga que efectuar la Compañía.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que primero presente dicho documento.

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será como máximo el 25% de la suma asegurada, sin exceder el valor de treinta (30) veces el salario mínimo mensual vigente para el sector financiero y asegurador. La cantidad que por este concepto pague la Compañía será descontada al beneficiario que la reciba, de la liquidación final a que tenga derecho.

### **2. Coberturas Adicionales Por Invalidez Total y Permanente:**

Si el Asegurado contrató la cobertura de Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT), la Compañía acreditará al Fondo en Administración, el costo de protección anual de la Cobertura Básica por Fallecimiento, y el Capital Final en las condiciones contratadas, de tal manera que el Asegurado quedará exento de cubrir el costo de tales coberturas a partir de la fecha en que sea aceptado por la Compañía el estado de Invalidez Total y Permanente.

Si el Asegurado se rehabilita o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesaran automáticamente los efectos de Exención del Costo del Seguro.

La Compañía quedará en espera de las instrucciones del Asegurado y, en su caso de las nuevas aportaciones de prima para mantener su seguro en vigor. Mientras tanto se aplicará lo estipulado en el numeral 4 de la **CLÁUSULA No.1 COBERTURA**.

### **3. En caso de sobrevivencia del Asegurado al vencimiento de la Póliza:**

Si el Asegurado contrató la cobertura Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP), lo cual deberá constar en las Condiciones Particulares, se procederá de acuerdo a lo siguiente:

- a Si el Fondo en Administración fuere mayor a la Prima Neta única de la Cobertura Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP), se cargará al Fondo en Administración el valor presente de la Prima Neta única de la Cobertura (COSEP) y se pagará al Asegurado como Capital final al remanente que quedare.
- b Si el Fondo en Administración es menor a la Prima Neta única de la Cobertura Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP), este se aplicará como Prima Neta única de la Cobertura (COSEP) por la suma asegurada que sea posible adquirir.

La Cobertura Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP) entrará en vigor a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza, y se mantendrá hasta el fallecimiento del Asegurado, sin que este continúe efectuando el pago de la prima correspondiente.

Si el Asegurado no contrató la Cobertura Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP), el saldo del Fondo en Administración quedará como Capital Final a disposición del Asegurado y el contrato se dará por terminado.

### **APLICACIÓN DE LA COBERTURA COSEP POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**

En caso de que el Asegurado fallezca estando cubierto por la Cobertura Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP), la Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado e inscritos en la Póliza:

- a La indemnización que corresponda para la cobertura COSEP mas el saldo del Fondo en Administración, si el Asegurado selecciono la Alternativa de Indemnización "A"; o
- b La cantidad que resulte mayor entre la indemnización que proceda para la cobertura COSEP y el saldo existente en el Fondo de Administración a la fecha de liquidación del siniestro, si el Asegurado seleccionó la Alternativa de Indemnización "B".

En ambos casos el contrato se dará por terminado.

### **CLÁUSULA No. 12 TERMINACIÓN ANTICIPADA**

El Seguro de una persona amparada por esta póliza terminará de manera automática e inmediata en las siguientes fechas:

- a) Aquella en que deje de hacer efectiva cualquier contribución a que se viere obligado, sin perjuicio del período de gracia de treinta (30) días.
- b) Cuando el Asegurado no cumpla con su obligación de dar al Contratante la parte de la prima que pudiera corresponderle, éste podrá notificarlo a la institución aseguradora con al menos treinta (30) días de anticipación de tal situación con acuse de recibo.

### **CLÁUSULA No. 13 RENOVACIÓN**

La póliza, sus coberturas adicionales y endosos serán renovables automáticamente, salvo indicación del Asegurado mediante aviso escrito a la Compañía con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato de seguro.

### **CLÁUSULA No. 14 PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

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

### **CLÁUSULA No. 15 CONTROVERSIAS**

Cualquier controversia o conflicto entre 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.

### **CLÁUSULA No. 16 COMUNICACIONES**

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito a su domicilio social. Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

### **CLÁUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD**

Este contrato no se afectará por razones de residencia, ocupación, viajes y estilo de vida del Asegurado.

### **CLÁUSULA No. 18 SUICIDIO**

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, cualquiera haya sido su causa y el estado mental o físico, la Compañía pagará a los beneficiarios la cobertura básica por fallecimiento, excepto cuando el suicidio ocurra dentro de los primeros dos (2) años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza; en este caso la responsabilidad de la Compañía se limitará al pago de la porción de prima no devengada a partir de la fecha de suicidio.

## CLÁUSULA No. 19 EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía para las coberturas de este contrato son las descritas en la tabla detallada a continuación. En consecuencia, el Seguro será nulo para aquellas personas que lo hubiesen suscrito fuera de los límites mencionados; en este caso, la Compañía devolverá al Asegurado o a los beneficiarios el valor de la prima pagada menos los gastos incurridos.

COBERTURA	EDAD DE INGRESO		EDAD DE CANCELACIÓN
	MÍNIMA	MÁXIMA	
BASICA (AF01)	12	70	Hasta el plazo contratado
DIMAP(AF02)	18	64	70
ECSIT (AF03)	18	59	60
REMI (AF04)	18	59	65
COSEP (AF06)	12	70	Hasta el plazo contratado

## CLÁUSULA No. 20 PERIODO DE GRACIA

Si el Contratante o Asegurado en su caso, no efectuare el pago de la Prima Programada en la fecha de su vencimiento, y la póliza no tuviere valores en el Fondo de Reserva, dispondrán de un período de gracia de treinta y un (31) días para el pago de la prima en descubierto. Si dentro del período de gracia ocurre cualquier evento amparado por el Programa de Coberturas, la Compañía procederá al pago de la indemnización correspondiente y a deducir de ella, el total de las primas pendientes de pago para completar el año póliza.

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.

## CLÁUSULA No. 21 REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado, como lo prevé la Cláusula No. 20 Período de Gracia, el Asegurado podrá solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la cancelación.

La rehabilitación quedará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad a costa del Asegurado y a satisfacción de la Compañía, de acuerdo con sus políticas vigentes, así como al pago de la Prima Programada, según la forma de pago.

### **CLÁUSULA No. 22 INDISPUTABILIDAD**

Este contrato será indisputable a partir de la fecha en que cumplan dos (2) años desde el inicio de su vigencia, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado, y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para anularlo o rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración.

Si el Asegurado solicitara incrementos en la suma asegurada de la póliza, éstos también serán disputables durante los dos (2) primeros años, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de los mismos, en vida del Asegurado.

La presente Cláusula de Indisputabilidad aplica únicamente para la Cobertura Básica por Fallecimiento y en ningún caso para las coberturas adicionales contratadas, las que serán disputables en cualquier momento durante o después de la vigencia de esta póliza.

### **CLÁUSULA No. 23 VALORES GARANTIZADOS**

Es el derecho que tiene el Asegurado sobre la póliza de seguro, que están constituidos por:

1. Fondo de Administración: Corresponde al Fondo Acumulado que es administrado por la Compañía.
2. Valor de Rescate (Ver CLÁUSULA No. 30 RESCATE DE COBERTURAS).

### **CLÁUSULA No. 24 MONEDA**

Esta Póliza ha sido pactada en Lempiras, en consecuencia, todos los pagos a que haya lugar por esta Póliza se efectuarán en dicha moneda.

### **CLÁUSULA No. 25 CESIÓN**

Esta póliza no podrá ser cedida en garantía a terceras personas.

## **CLÁUSULA No. 26 MÉTODOS DE CALCULO**

Todos los cálculos relacionados con el presente Contrato se realizarán aplicando los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

## **CLÁUSULA No. 27 MODIFICACIONES**

Toda modificación a este Contrato deberá ser solicitada por escrito a la Compañía y para su validez, deberá ser aceptada mediante endoso firmado por funcionarios autorizados de la Compañía que se agregará a la Póliza y si procede, actualizará las Condiciones Particulares.

Los agentes, corredores, promotores de seguros o cualquier otra persona de la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

## **CLÁUSULA No. 28 LIQUIDACIÓN**

Todo adeudo del Asegurado en relación con esta Póliza a favor de la Compañía, será deducido de cualquier pago que esta hubiere de hacer al Asegurado o a los beneficiarios, en razón de la misma.

Si el pago fuera por fallecimiento del Asegurado, la Compañía deducirá, además, la cantidad que falte para completar el Costo de Protección anual correspondiente al año en que ocurra el fallecimiento, si se hubiere establecido el pago de las aportaciones en forma fraccionada.

## **CLÁUSULA No. 29 RESCATE DE COBERTURAS**

El Asegurado puede rescatar ya sea parcial o totalmente durante la vigencia de la póliza cada una de las coberturas detalladas a continuación:

**1. RESCATE DE LA COBERTURA COSEP:** El Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de la Cobertura Continuación del Seguro Exento de Primas (COSEP), podrá solicitar por escrito a la Compañía su cancelación y disponer del saldo del Fondo en Administración existente y el contrato se dará por terminado.

**2. RETIROS PARCIALES:** El Asegurado en cualquier momento después del primer año de vigencia de esta Póliza, podrá solicitar por escrito a la Compañía retiros parciales a su Fondo en Administración hasta por el Valor de rescate como se define en el numeral 3 de esta sección.

Por cada retiro solicitado se aplicará el cargo por rescate que corresponda, según la TABLA DE CARGOS POR RESCATE que se presenta en el inciso siguiente.

**3. VALOR DE RESCATE:** El Asegurado en cualquier momento después del primer año de vigencia de esta Póliza, Podrá solicitar por escrito a la Compañía la cancelación de la Póliza, quedando a su disposición el Fondo en Administración menos el cargo por rescate correspondiente, según la TABLA DE CARGOS POR RESCATE presentada a continuación, quedando sin efecto a partir de la fecha de la solicitud del rescate, las coberturas del seguro.

<b>TABLA DE CARGOS POR RESCATE</b>	
<b>Año Póliza</b>	<b>Cargo por Rescate</b>
1	100.00%
2	55.50%
3	41.05%
4	33.39%
5	27.76%
6	22.41%
7	18.43%
8	15.26%
9	11.93%
10	9.26%
11	7.08%
12	5.23%
13	3.15%
14	1.42%
15 ó mas	0.00%

La entrega de cualquier Retiro Parcial o Valor de Rescate lo efectuará la Compañía dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que se solicita, en el entendido que mientras no se efectuó el pago se continuaran aplicando los rendimientos que se generen por la inversión del fondo.

### **CLÁUSULA No. 30 LUGAR DE PAGO DE LAS APORTACIONES**

Toda aportación deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo oficial correspondiente. No es deber de la Compañía dar noticia de los vencimientos de aportaciones ni gestionar su cobro; si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de residencia del asegurado, esto no sentará precedente alguno de obligación.

### **CLÁUSULA No. 31 NO FUMADORES**

En las declaraciones formuladas por el Asegurado en la Solicitud de Seguro, la Compañía mediante la anotación en las Condiciones Particulares, hace constar que el Asegurado ha sido calificado como "No fumador".

Conforme los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, para los efectos de determinar el Costo de Protección para los "No fumadores", se hará un descuento de dos (2) años a la edad real.

En caso de presentarse cambios de dichas condiciones dentro de los dos (2) primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, o de su última rehabilitación, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía dentro de los tres (3) meses siguientes. Transcurridos esos dos (2) años, la Póliza será indisputable.

La Compañía dispondrá de treinta (30) días a partir de la fecha en que reciba la comunicación a que se hizo mención anteriormente, para resolver si mantendrá en vigor este beneficio.

El descuento de dos (2) años en la Edad de los "No Fumadores" operará únicamente para la cobertura Básica por Fallecimiento.

### **CLÁUSULA No. 32 MUJERES**

Conforme a los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, para los efectos de determinar el Costo de Protección para las personas del sexo femenino, se hará un descuento de tres (3) años a la edad real.

El descuento de tres (3) años en la Edad de Mujeres operará únicamente para la Cobertura Básica por Fallecimiento.

### **CLÁUSULA No. 33 MENORES DE 12 AÑOS**

No obstante, los límites de admisión de edad fijados, si el Asegurado es aceptado por la Compañía siendo menor de doce (12) años, se aplicarán las siguientes condiciones especiales:

- a. Si la muerte del Asegurado ocurre antes de que este cumpla doce (12) años de edad, la responsabilidad de la Compañía se limitará a:
  - 1- La devolución del saldo del Fondo en Administración; y
  - 2- El pago de una INDEMNIZACIÓN POR ÚLTIMOS GASTOS igual a veinte (20) veces el salario mínimo mensual vigente para el sector financiero y asegurador o el importe de la Cobertura Básica por Fallecimiento, lo que resulte menor.
- b. Las coberturas aseguradas entraran en vigor al cumplimiento de Asegurado de los doce (12) años de edad.
- c. El término de dos (2) años para el caso de suicidio del Asegurado a que se refiere la CLÁUSULA No.18 SUICIDIO, y que prevé el Artículo 1255 del Código de Comercio de la República de Honduras, empezará a contar, en doce (12) años de edad del Asegurado.

### **CLÁUSULA No. 34 MAYORES DE 70 AÑOS**

No obstante, los límites de admisión de edad fijados, si el asegurado es aceptado siendo mayor de setenta (70) años, en caso de su fallecimiento, la responsabilidad de la Compañía se limitará a:

- a) Devolución del saldo del Fondo en Administración; y
- b) El pago de una INDEMNIZACIÓN POR ÚLTIMOS GASTOS igual a treinta (30) veces el salario mínimo mensual vigente para el sector financiero y asegurador, o el importe de la Suma Asegurada por Fallecimiento, lo que resulte menor. Esta misma regla se aplicará a cualquier incremento en las Coberturas Aseguradas, solicitado cuando tenga más de setenta (70) años, y dicho incremento sea aceptado por la Compañía.

### **CLÁUSULA No. 35 PAGO INMEDIATO PARCIAL AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que el Contrato se encuentre en vigor y hubieren transcurrido más de dos (2) años desde su expedición o de su última rehabilitación, en vida del

Asegurado, la Compañía se obliga a pagar una parte de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por Fallecimiento que se estipula en el Programa de Coberturas, al beneficiario designado en la póliza, con la sola presentación del Certificado Médico de Defunción o del acta de Defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que primero presente dicho documento.

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será como máximo el 25% de la suma asegurada, sin exceder el valor de treinta (30) veces el salario mínimo mensual vigente para el sector financiero y asegurador.

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será descontada al beneficiario que la reciba, de la liquidación final a que tenga derecho.

### **CLÁUSULA No. 36 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.

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 Indevido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a

las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

### **CLÁUSULA No. 37 NORMAS SUPLETORIAS**

En lo previsto en el presente en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.