

SEGURO VIDA 2000 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

RIESGOS CUBIERTOS

El seguro cubrirá el riesgo básico por fallecimiento y las Coberturas Adicionales que opcionalmente puede 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.

COBERTURAS ADICIONALES:

RIESGOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO, CON EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE:

A continuación, se describen todas las Coberturas Adicionales que es posible agregar a la Cobertura Básica por Fallecimiento, pero solamente tendrán efectividad las que aparecen identificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, para las cuales se haya efectuado el pago adicional correspondiente, las cuales se detallan a continuación:

1. DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DIMAP): En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente, la Compañía de Seguros pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta cobertura.



DAVIVIENDA
Seguros

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 en la presente Cobertura.

Las indemnizaciones a que se refiere esta Cobertura sólo procederán si el accidente que dé 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 calendario siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho accidente.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Se entiende por accidente, toda lesión corporal, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad o la de un tercero, causada por la acción repentina de un agente externo y que pueda ser determinada de una manera cierta, por médico autorizado legalmente para ejercer su profesión.

Para los efectos de esta Póliza se considera, además, como accidente:

- a) Los causados por explosiones, descargas eléctricas o atmosféricas.
- b) Las quemaduras accidentales causadas por fuego, escapes de vapor o el contacto con ácidos y corrosivos.
- c) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o inmersión u obstrucción.
- d) La intoxicación o envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado.
- e) Las infecciones respecto de las cuales pueda afirmarse que el virus ha penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por esta Póliza.
- f) Las mordeduras de animales o picaduras de insectos o sus consecuencias.
- g) Los casos que sean consecuencia de legítima defensa o de tentativa de salvar a personas o bienes en peligro.
- h) Los que se produzcan como consecuencia de fenómenos de la naturaleza y que afecten al Asegurado en forma personal y aislada.

SUMA ASEGURADA PARA LA COBERTURA de Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas.

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No. 31/-28-02-2020.



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

ESCALA DE INDEMNIZACIONES POR MUERTE O PERDIDAS ORGANICAS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE	
Por la pérdida de :	% de la suma asegurada de muerte Accidental
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%

En caso de constar en la oferta que el Asegurado ha declarado ser Zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

COMBINACIÓN DE PÉRDIDAS

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 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.

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No. 31/-28-02-2020.



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.

CASOS ESPECIALES

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 terrestre, de línea comercial debidamente autorizada con itinerario regular, entendiéndose como 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 de uso 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.

PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO

El derecho establecido en esta cobertura se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas legalmente aceptadas de que la lesión o lesiones que causen la muerte o pérdidas orgánicas, de la vista o la audición en la persona del Asegurado, se debieron a un accidente ocurrido durante el período de vigencia de esta Cobertura.

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 al amparo de esta

cobertura, de la de Enfermedades Graves o de la de Invalidez Total y Permanente; en el caso de Pérdidas Orgánicas indemnizadas bajo esta cobertura, la Suma Asegurada para DIMAP quedará disminuida en el porcentaje que la Compañía de Seguros haya indemnizado.

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

2. ENFERMEDADES GRAVES: En caso de que el Asegurado llegare a padecer una o más de las enfermedades que adelante se define, la Compañía anticipará hasta el 50% de la suma asegurada para el caso de fallecimiento.

DEFINICIÓN DE ENFERMEDADES GRAVES

Las enfermedades graves amparadas por esta cobertura son exclusivas y se limitan a las siguientes:

1. INFARTO AL MIOCARDIO: La muerte de una parte del músculo cardiaco como resultado de una inadecuada irrigación de sangre, por obstrucción de la arteria correspondiente, generalmente a consecuencia de una Trombosis o Embolia, evidenciado por el típico dolor de pecho, la aparición reciente de modificaciones electrocardiográficas peculiares y elevación de las enzimas cardiacas.

2. REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BY-PASS): Es la cirugía realizada para corregir la estenosis o la oclusión de las arterias coronarias, con al menos un doble puente coronario evidenciado por el resultado de una angiografía.

El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la Compañía.

Se excluye la angioplastia, tratamiento por láser, y todas las otras técnicas que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o aliteración congénita.



La indemnización sólo se pagará después de que la cirugía se haya efectuado.

3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Significa cualquier accidente cerebral vascular que dé lugar a secuelas que duren más de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extracraniana.

Se excluyen los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

4. CÁNCER: La presencia de uno o más tumores malignos, de crecimiento incontrolado e invasión de tejidos y con propagación de células anormales malignas por contigüidad o por metástasis, incluyendo los linfomas, la enfermedad de Hodking (info granuloma) y la leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica).

Los siguientes cánceres quedan excluidos de esta cobertura:

- a) Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2, y CIN-3 o aquellos considerados por histología como pre malignos;
- b) Los melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark;
- c) Todo el hiper queratosis o los carcinomas baso celulares de la piel;
- d) Todos los carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos;
- e) Los cánceres de la próstata que por la histología pertenezca a la etapa T1 incluyendo T1(a) o T1(b) del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer, o de cualquier otra clasificación equivalente o menor; y
- f) El Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.



5. INSUFICIENCIA RENAL: Es el fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia de la cual hay que efectuar sistemáticamente diálisis renal, o el trasplante renal.

PERÍODO DE ESPERA

El derecho que otorga esta cobertura solo surtirá efecto, si los primeros síntomas de tales enfermedades son diagnosticados por primera vez y en forma definitiva por un Médico Especialista legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión después de noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de vigencia del Seguro, excepto si la póliza hubiese sido renovada en forma inmediata y consecutiva.

PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO

El derecho establecido es esta Cobertura se concederá únicamente si se presentan a la Compañía, pruebas fehacientes de que el Asegurado ha sufrido una o más de las enfermedades enunciadas anteriormente. La Compañía tendrá derecho de solicitar al Asegurado someterse a exámenes, reconocimiento médico y demás pruebas que considere necesarias para confirmar la procedencia del diagnóstico correspondiente.

Si el Asegurado se negara a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le deriva la Cobertura de Enfermedades Graves.

REDUCCIÓN DE SUMA ASEGURADA POR SINIESTRO

En caso que la Compañía indemnice al Asegurado el porcentaje correspondiente por padecer una o más de las enfermedades graves, el importe de dicho pago se deducirá de la suma asegurada establecida para el caso de muerte y en este caso, el Asegurado podrá renovar la póliza básica por el monto del seguro reducido.

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 al amparo de esta Cobertura o de la doble y triple indemnización por muerte accidental o pérdidas orgánicas, Invalidez Total y Permanente.

El Asegurado podrá dejar sin efecto esta Cobertura en cualquier aniversario de la Póliza solicitándolo por escrito a la Compañía. En este caso se suspenderá el costo de protección correspondiente.

3. PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASIT): 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 setenta (70) años de edad, la Compañía anticipará al Asegurado en forma de renta mensual, durante un período de treinta y seis (36) meses, la suma asegurada que se establece en el Programa de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de que el Asegurado falleciese encontrándose incapacitado antes de percibir el número total de rentas convenidas, las rentas mensuales sucesivas continuarán siendo pagadas a los Beneficiarios designados por el Asegurado, o a falta de éstos a la sucesión del mismo Asegurado, hasta el completo pago de las rentas mensuales estipuladas, pero éstos podrán, si lo prefieren, retirarlas en un solo pago.

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

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;

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU N° 31/28-02-2020



- 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.

PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO

El derecho establecido en esta Cobertura se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas legalmente aceptadas de que el Asegurado ha sufrido el estado de Invalidez Total y Permanente debido a un evento ocurrido durante el período de vigencia de esta Cobertura y que hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses desde la fecha de su iniciación, excepto si se tratase de las pérdidas orgánicas mencionadas en la definición de Invalidez Total y Permanente en que no se exigirá dicho plazo.

EFFECTIVIDAD DE LA COBERTURA

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

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 al amparo de esta Cobertura o de la doble y triple indemnización por muerte accidental o pérdidas orgánicas, Enfermedades Graves.

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

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No. 31/-28-02-2020.





COMPROBACIÓN DE PERMANENCIA DEL ESTADO DE INVALIDEZ

Cuando lo estime necesario, la Compañía podrá exigir comprobación de que continúa el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado. Si éste se niega a esa comprobación, o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesará automáticamente el pago de las rentas mensuales sucesivas.

4. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD: Si, como resultado de la lesión o el comienzo de la enfermedad, el Asegurado se viera necesariamente recluido dentro de un hospital como paciente hospitalizado mientras que este Beneficio estuviera vigente y bajo la atención continua de un Médico, la Compañía de Seguros pagará el Beneficio Diario indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, por cada día que el Asegurado continuara estándolo, hasta un máximo de sesenta (60) días por evento, comenzando inmediatamente después del Período de Eliminación (si los hubiere) indicado en la Solicitud u Oferta del Seguro. El Asegurado deberá permanecer hospitalizado al menos por un período de veinticuatro (24) horas consecutivas.

PERIODOS SUCESIVOS DE RECLUSIÓN EN HOSPITAL

Si un Asegurado fuera readmitido y recluido como paciente hospitalizado en dos o más ocasiones dentro de un período de doce (12) meses, por la misma causa o causas relacionadas, La Compañía lo considerará dentro del mismo período de reclusión. La responsabilidad de La Compañía de Seguros por el período integro estará sujeta a las limitaciones aplicables a la parte o partes de este Beneficio conforme a las cuales el período de reclusión original fuera indemnizado; de forma tal, que el total de Rentas Diarias pagadas no exceda de sesenta (60) días.

Si la reclusión posterior como paciente hospitalizado estuviera separada por más de doce (12) meses, esta será considerada como un nuevo período de reclusión e indemnizada de acuerdo con las estipulaciones de esta Póliza.





DAVIVIENDA
Seguros

MONTO MÁXIMO DE COBERTURA DE RENTA DIARIA

En caso de siniestro bajo esta cobertura, la Compañía pagará la indemnización diaria indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que esta cobertura estuviera vigente.

Si el Asegurado tuviere vigente más de una póliza de seguro de este tipo, suscrita con la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad; el valor máximo de indemnización diaria que la Compañía pagará bajo esta cobertura, será de L12,000.00 (DOCE MIL LEMPIRAS EXACTOS) para pólizas emitidas en Lempiras; o, de US\$600.00 (SEISCIENTOS US DÓLARES EXACTOS) para pólizas emitidas en US Dólares.

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

El reclamante deberá presentar a la Compañía, todas las pruebas del hecho que genera la obligación derivada del seguro y del derecho que tiene de solicitar el pago. Al presentarse alguna reclamación de seguro, la Compañía tendrá el derecho de verificar todos los hechos relacionados con el siniestro y de solicitar al Asegurado, toda clase de información referente al siniestro a fin de determinar sus causas, circunstancias y consecuencias.

Al efecto, el Asegurado autoriza expresamente a las personas naturales o jurídicas a proporcionar a la Compañía toda la información y documentos que tengan relación con el evento que se reclame o con el Asegurado.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado, para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

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 sesenta y cinco (65) años de edad, o bien al realizarse cualquier indemnización al amparo de las Coberturas de Accidente o Invalidez Total y Permanente o Enfermedades Graves.

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No

31/-28-02-2020



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

CLÁUSULA No.2 EXCLUSIONES

2.1 EXCLUSIONES COBERTURA 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, rebelión, revoluciones, alborotos populares o 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 o contiendas de seguridad, Resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos, en que participe directamente el Asegurado;



- 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; 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 se encuentre bajo la influencia de drogas, a menos que éstas sean bajo prescripción médica; o,
- m) La influencia de algún enervante, estimulante o similar excepto si han sido prescritos por un médico.

2.2 EXCLUSIONES COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

El derecho establecido en esta Cobertura, no se concederá si las enfermedades a que el mismo se refiere son consecuencia o están en conexión con:

- a) Actos de guerra, rebelión, alborotos populares insurrecciones, por hechos delictivos intencionales imputables al asegurado o por lesiones que éste sufra al participar en carreras, pruebas o contiendas de velocidad en cualquier clase de vehículos;
- b) La influencia del alcohol o cualquier tipo de droga; 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 se encuentre bajo la influencia de drogas, a menos que éstas sean bajo prescripción médica;
- c) La influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si han sido prescritos por un médico;
- d) Tentativa de suicidio, así como lesiones provocadas por el propio asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;
- e) Enfermedades sufridas por riesgos nucleares;



- f) Enfermedades preexistentes o padecimientos congénitos;
- g) Enfermedades distintas a las definidas en esta Cobertura

2.3 EXCLUSIONES COBERTURA DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASIT)

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 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, en que participe directamente el Asegurado;
- 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; 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 se encuentre bajo la influencia de drogas, a menos que éstas sean bajo prescripción médica;
- l) La influencia de algún enervante, estimulante; o similar, excepto si han sido prescritos por un médico; o,

m) Si el estado de invalidez es parcial, aun cuando sea permanente; o invalidez total pero no permanente.

2.4 EXCLUSIONES BENEFICIO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Este Beneficio no cubre pérdida alguna o gasto ocasionado por lo que resultara de:

- a) Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, a no ser que el aborto o complicación sea consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza;
- b) Exámenes físicos o de rutina o cualesquier otros, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorios o exámenes de rayos x; excepto en el curso de una Incapacidad establecida por atención de un médico;
- c) Suicidio o tentativa de suicidio esté o no el Asegurado en su sano juicio;
- d) Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente;
- e) Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación a las mismas;
- f) Cualquier desorden mental o nervioso o curas de descanso;
- g) Alcoholismo, influencia de bebidas alcohólicas, uso de narcóticos o estupefacientes y tratamiento de los mismos; 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 se encuentre bajo la influencia de drogas, a menos que éstas sean bajo prescripción médica;
- h) Pérdida ocasionada por guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, poder militar o usurpado y servicio en las Fuerzas Armadas o en la Policía;
- i) Procesos médicos relacionados con el virus HIV o SIDA. Para propósitos de esta cláusula el término "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida HIV o SIDA" tendrá las definiciones asignadas por la Organización Mundial de la Salud;



- j) **Procesos quirúrgicos programados con anterioridad a la vigencia de esta cobertura o reclusión hospitalaria resultante de Enfermedades o Lesiones corporales preexistentes al momento de suscribir la póliza, si la hospitalización ocurre durante los primeros dos (2) años de vigencia de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad.**

CLÁUSULA No.3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Esta Póliza y 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.

CLÁUSULA No.4 DEFINICIONES

ACCIDENTE: Se entiende por accidente, toda lesión corporal, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad o la de un tercero, causada por la acción repentina de un agente externo y que pueda ser determinada de una manera cierta, por médico autorizado legalmente para ejercer su profesión.

Para los efectos de esta Póliza se considera, además, como accidente:

- a) Los causados por explosiones, descargas eléctricas o atmosféricas.
- b) Las quemaduras accidentales causadas por fuego, escapes de vapor o el contacto con ácidos y corrosivos.
- c) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o inmersión u obstrucción.
- d) La intoxicación o envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado.
- e) Las infecciones respecto de las cuales pueda afirmarse que el virus ha penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por esta Póliza.
- f) Las mordeduras de animales o picaduras de insectos o sus consecuencias.
- g) Los casos que sean consecuencia de legítima defensa o de tentativa de salvar a personas o bienes en peligro.
- h) Los que se produzcan como consecuencia de fenómenos de la naturaleza y que afecten al Asegurado en forma personal y aislada.

ASEGURADO: La persona que está cubierta por los beneficios proporcionados por esta Póliza.





DAVIVIENDA
Seguros

BENEFICIO: Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado, en caso de ser procedente el siniestro de acuerdo a lo estipulado en el presente Contrato.

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

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 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 de Seguros.

CONTRATO: Documento mediante el cual la Institución de Seguros se compromete a pagar, a cambio de una prima, una indemnización para atender la necesidad económica provocada por la realización del riesgo.

ENFERMEDAD: El estado anormal del organismo del asegurado, entendido como una desviación de los procesos biológicos en que se materializa la vida, del plano normal en que se desenvuelven.

HOSPITAL: Es un establecimiento que cumpla con todos los siguientes requisitos:

- a. Tenga licencia de hospital;
- b. Opere principalmente para la recepción, cuidado y tratamiento de personas enfermas, achacosas, traumatizadas o heridas como pacientes internos;
- c. Proporcione servicios de enfermería 24 horas al día por enfermeras registradas o graduadas;
- d. Cuento con un personal de dos o más médicos disponibles en todo momento;
- e. Tenga instalaciones organizadas para el diagnóstico y las principales intervenciones quirúrgicas;
- f. No sea principalmente una clínica, asilo, lugar de descanso o para convalecientes u otro establecimiento similar y no sea, salvo incidentalmente, un lugar para alcohólicos, o drogadictos;
- g. Mantenga equipo de rayos-X e instalaciones de quirófano.



HOSPITALIZACIÓN: La internación del asegurado en un establecimiento hospitalario con motivo de una enfermedad o accidente de éste, previa prescripción médica.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Se considera 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.

INDEMNIZACIÓN DIARIA: El monto que DAVIVIENDA SEGUROS pagará al asegurado cuando se den las condiciones de cobertura prescritas en el beneficio Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad considerando el valor diario convenido, el cual se expresa en la Solicitud u Oferta del Seguro, y de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en estas Condiciones Generales.

LESIÓN: Para los efectos de esta Póliza, significa lesión corporal causada por un accidente que ocurra mientras esta Póliza esté en vigor y que resulte, directa e independientemente de toda otra causa, en una pérdida cubierta por esta Póliza.

MÉDICO: Es una persona legalmente autorizada para practicar la medicina y/o cirugía que no sea el Asegurado o su cónyuge, hijo, hija, madre, padre, hermano, hermana, tía o tío.

PACIENTE HOSPITALIZADO: Es una persona que esté recluida en un Hospital como paciente interno y que se le cobre por lo menos un (1) día de cuarto de Hospital.

PERIODO DE ELIMINACIÓN: Es el número de días consecutivos, como aparece (si lo hubiere) en la Carátula de la póliza, comenzando el primer día en que el Asegurado estuviera hospitalizado, para los cuales el beneficio de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad no procede.

SUMA ASEGURADA: Dondequiera que se use en este Beneficio, significa la suma indicada en la Carátula de la Póliza en lo que se refiera al Asegurado mencionado.

CLÁUSULA No.5 LIMITES DE RESPONSABILIDAD

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

CLÁUSULA 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

Todo pago de prima deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía o en las Agencias de Banco DAVIVIENDA contra entrega del recibo oficial correspondiente. No es deber de la Compañía dar noticia de los vencimientos de primas 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 PRIMA PROGRAMADA ANUAL

El Programa de Coberturas se ha fijado sobre la base de una Prima Programada anual y anticipada, sin embargo, a solicitud escrita del Asegurado y aceptación de la Compañía, la Prima Programada anual podrá pagarse en forma fraccionada, de acuerdo con la política vigente en la Compañía de Seguros.

La Prima Programada Anual se mantendrá nivelada por un período de veinte (20) años, contados a partir de la fecha inicial de vigencia de la póliza, siempre y cuando la misma se encuentre vigente.

CLÁUSULA No.9 VIGENCIA

La vigencia de este Contrato será efectiva a partir de las 12:00 horas del día descrito en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA No.10 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 el cambio por escrito a la Compañía, 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 del beneficiario, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a la Compañía 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.

En caso de fallecimiento del Asegurado, las Coberturas Aseguradas y todas las cantidades derivadas de este Contrato, serán pagadas al beneficiario o beneficiarios que resulten serlo según lo estipulado en esta cláusula.

CLÁUSULA No.11 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 de Seguros las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

La Compañía dentro del plazo de quince (15) días calendario tendrá la facultad de rescindir el Contrato o de aumentar la prima por el período que falte hasta el vencimiento del seguro, de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio. Si el Asegurado no aceptara el aumento de la prima, la póliza será cancelada y, en tal caso, La Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro.

Si, por el contrario, las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio.

CLÁUSULA No.12 AVISO DEL SINIESTRO

Aviso de Siniestro:

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

Documentos, Datos e Informes:

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.

La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado por un médico de su confianza y en el caso de fallecimiento, de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, siempre y cuando la Ley lo permita, debiendo los beneficiarios o sucesores dar su consentimiento y su concurso si fueren imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos.



Todos los gastos que motiven la autopsia o la exhumación serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

Los documentos originales a presentar para el análisis y pago de la reclamación son:

1. En caso de fallecimiento del Asegurado:

- a. Contrato de Seguro (Póliza);
- b. Certificación del Acta de Defunción, debidamente extendida por la autoridad competente;
- c. Certificación Médica, expedida por el médico que atendió al Asegurado en su última enfermedad;
- d. Certificación o Parte de la Autoridad competente;
- e. Cédula de Identidad o Certificación del Acta de Nacimiento del Asegurado;
- f. Cédula de Identidad o Certificación del Acta de Nacimiento de los Beneficiarios;
- g. Certificación de Tutoría Legal (en caso de Beneficiarios Menores de Edad);
- h. Solicitud de Reclamación en formulario proporcionado por la Compañía de Seguros; y
- i. Cualquier otro documento que la Compañía de Seguros estime conveniente.

2. En caso de Enfermedad Grave Amparada:

- a. Contrato de Seguro (Póliza);
- b. Cédula de Identidad o Certificación del Acta de Nacimiento;
- c. Certificación Médica, del Médico tratante con todos los elementos en que se hubiere fundado el diagnóstico de la enfermedad;
- d. Solicitud de Reclamación en formulario proporcionado por la Compañía;
- e. Pruebas y Exámenes Médicos que la Compañía requiera; y
- f. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

3. En caso de Pérdidas Orgánicas, por Accidente:

- a. Contrato de Seguro (Póliza);
- b. Certificación Médica, extendida por el Médico que atendió al Asegurado por el accidente;



- c. Certificación o Parte de la Autoridad competente;
- d. Cédula de Identidad o Certificación del Acta de Nacimiento del Asegurado;
- e. Solicitud de Reclamación en formulario proporcionado por la Compañía; y
- f. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

4. En caso de Invalidez Total y Permanente:

- a. Contrato de Seguro (Póliza);
- b. Cédula de Identidad o Certificación del Acta de Nacimiento;
- c. Certificación Médica de la Incapacidad Total y Permanente, extendida por el Médico que atendió al Asegurado por la enfermedad o el accidente que le provocó el estado de Invalidez Total y Permanente;
- d. Solicitud de Reclamación en formulario proporcionado por la Compañía.
- e. Pruebas y Exámenes Médicos que la Compañía requiera.
- f. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

5. En caso de Renta Diaria Hospitalaria por Accidente o Enfermedad:

Al ocurrir algún siniestro que pudiera dar lugar a indemnización conforme a este Beneficio, el asegurado tendrá la obligación de comunicarlo por escrito a la Compañía, a más tardar dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de hospitalización del Asegurado.

En caso de un siniestro de la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización, el Asegurado deberá presentar de manera inicial a la Compañía, la siguiente información y documentación:

- a. Escrito de reclamación que comunique de manera inmediata el estado de paciente hospitalizado del Asegurado.
- b. Cédula de Identidad o Certificación del Acta de Nacimiento;
- c. Constancia médica original debidamente sellada y firmada, extendida en papel membretado del Hospital, donde indique el diagnóstico y la cantidad de noches que el Asegurado estuvo hospitalizado.
- d. Fotocopia de la factura debidamente cancelada al Hospital por los servicios médicos recibidos incluyendo los días de Hospitalización; exceptuando aquellos casos en que los servicios médicos fueron suministrados: d1.- En un Hospital que pertenezca o sea



manejado por el Gobierno o por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); y, d2.- Por cualquier otro Hospital por cuya asistencia médica el Asegurado no tiene que pagar.

CLÁUSULA No.13 TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Compañía y Asegurado podrá rescindir este contrato de seguro en cualquier momento y la prima no devengada deberá devolverse al contratante de seguro o asegurado, informando con al menos treinta (30) días de anticipación de tal situación con acuse de recibo.

CLÁUSULA No.14 RENOVACIÓN

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

CLÁUSULA No.15: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este 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.16: CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Compañía de Seguros y el Asegurado 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.17: COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Compañía de Seguros deberán hacerse por escrito a su domicilio social. Por su parte, las comunicaciones al Asegurado, las hará por escrito al último domicilio reportado por éstos.

CLÁUSULA No.18: TERRITORIALIDAD

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

CLÁUSULA No.19: 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 de Seguros se limitará al pago de la porción de prima no devengada a partir de la fecha de suicidio.

CLÁUSULA No.20 EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía para este Contrato comprenden las edades de dieciocho (18) años a sesenta y cuatro (64) años, ambas edades incluidas; renovable hasta los setenta y cinco (75) años de edad.

La cobertura de esta Póliza terminará a partir del aniversario de la póliza inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla setenta y cinco (75) años de edad.

COBERTURA	EDAD DE INGRESO		EDAD DE CANCELACION
	MINIMA	MAXIMA	
BASICA	18	64	75
DIMAP	18	64	70
ENF. GRAVES	18	64	70
PASIT	18	64	70
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	18	59	65

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente antes de que la Compañía efectúe cualquier pago en relación con la presente Póliza. Si la comprobación se hiciera en vida del Asegurado, la Compañía de Seguros extenderá la respectiva constancia y no podrá exigir nuevas pruebas sobre este extremo, para efectuar cualquier pago.

Si de la mencionada comprobación resultare que la edad verdadera del Asegurado al emitirse la póliza, se encontraba fuera de los límites de aceptación establecidos, el contrato de seguro será rescindido y la Compañía de Seguros pagará al Asegurado o a los Beneficiarios, si la prueba fuese posterior al fallecimiento de aquél, la porción de prima no devengada a partir de la fecha de la comprobación de la edad.

Si la edad verdadera fuese distinta de la declarada, pero encontrándose comprendida en los límites de aceptación, se procederá de conformidad con lo preceptuado en el Artículo 1231 del Código de Comercio de la Republica de Honduras.

CLÁUSULA No.21 PERIODO DE GRACIA

Si el Asegurado en su caso no efectuare el pago de la Prima Programada anual o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento dispondrán de un periodo de gracia de treinta y un (31) días calendario para el pago de la prima en descubierto.

Si dentro del término de dicho plazo, la prima no ha sido pagada, los efectos de la Póliza cesarán de inmediato, sin necesidad de aviso o declaración especial.

Si dentro del 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.



CLÁUSULA No.22 REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado, como lo prevé la cláusula de Período de Gracia, el contrato de seguro no podrá ser rehabilitado

CLÁUSULA No.23 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato, será indisputable a partir de la fecha en que cumpla 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, estos 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.24 VALORES GARANTIZADOS

Esta póliza es un seguro Temporal Anual Renovable y no genera ningún tipo de valor de rescate, ni dividendos.

CLÁUSULA No. 25 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 el Gerente o funcionarios autorizados de la Compañía que se agregará a la Póliza y si procede, actualizará la Condiciones Particulares de la Póliza.

Los intermediarios de seguros o cualquier otra persona de la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Las Condiciones Generales tan sólo podrán ser modificadas en sentido favorable al Asegurado, previa autorización de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. El Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante del seguro o Asegurado estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No. 31/-28-02-2020.



CLÁUSULA No. 26 MONEDA

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que haya lugar por esta Póliza, serán liquidables en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria de la República de Honduras; las cuales y a solicitud del Asegurado podrán ser tanto en moneda nacional como en US Dólares.

CLÁUSULA No. 28 AJUSTE AL PROGRAMA DE COBERTURAS

En cualquier aniversario de la Póliza, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía modificaciones en su Programa de Coberturas.

Para incrementos de Suma Asegurada, deberá presentar y a satisfacción de la Compañía de, nueva solicitud y las pruebas de asegurabilidad que ésta requiera.

Cualquier modificación al Programa de Coberturas se hará constar en la propia Póliza o en anexo debidamente firmado.

CLÁUSULA No. 27 CESIÓN

Esta Póliza podrá ser cedida en garantía a terceras personas, traspasándose automáticamente los derechos del Asegurado y de los beneficiarios, en su caso, al cesionario o la persona que éste designe; pero la Compañía no asumirá responsabilidad alguna respecto a la validez de tales cesiones.

La cesión se hará mediante declaración suscrita por las partes y notificada por escrito a la Compañía, y tendrá efecto cuando ésta avise a las partes que ha recibido la notificación. Si la suma asegurada por cuya garantía se establece la cesión, fuese inferior a los derechos de esta Póliza, la diferencia se pagará al Asegurado o a los beneficiarios, en su caso.

CLÁUSULA No. 28 LIQUIDACIÓN

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

Si el pago fuere por fallecimiento, la Compañía de Seguros deducirá, además, la cantidad que falte por completar la prima correspondiente al año en que ocurra el fallecimiento, si se hubiere establecido el pago de la prima en forma fraccionada.

CLÁUSULA No. 29 PAGO DE INDEMNIZACIONES.

La Compañía de Seguros actuará con celeridad y diligencia en todo el proceso de pago de indemnizaciones. La Compañía de Seguros se sujetará a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA No. 30 CAMBIO DE PLAN.

En cualquier aniversario de la póliza y antes del cumplimiento de los sesenta y cuatro (64) años de edad, el Asegurado podrá cambiar esta póliza por otra de cualquiera de los Planes que emita la Compañía, mediante solicitud escrita y siempre que el monto de la Suma Asegurada sea igual o menor que el de la presente póliza.

La fecha de vigencia de la nueva Póliza será la de la conversión y las primas se fijarán de acuerdo con las tarifas vigentes y la edad alcanzada del Asegurado en esa fecha.

Si el tipo de prima para el nuevo plan fuese menor que el de esta póliza, el Asegurado deberá someterse y a su costa, a pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía.

En la nueva póliza podrán mantenerse las Coberturas adicionales que estén vigentes en esta póliza, sin pruebas de asegurabilidad, o bien adicionarse presentando a satisfacción de la Compañía de Seguros las pruebas de asegurabilidad que ésta requiera.

CLÁUSULA No. 31 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, 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 más alto, 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. 32 PROGRAMA DE APORTACIONES

El Programa de Aportaciones está constituido por las primas requeridas para cubrir el Programa de Coberturas; en virtud de ello, el asegurado acepta realizar los pagos de las primas en las fechas de vencimiento establecidas, conforme lo indicado en el Programa de Aportaciones que aparecen en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El cumplimiento por parte del Asegurado de su Programa de Aportaciones, permitirá mantener en vigor la Póliza hasta la terminación del Plazo del Seguro contratado.

CLÁUSULA No. 33 ENDOSO DE EXCLUSION 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 Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA No. 34 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.

