

## SEGURO COLECTIVO DE VIDA ACREEDOR CONDICIONES ESPECIALES

No. de Póliza:  
No. De Expediente:  
Vigencia Desde: al mediodía  
Vigencia Hasta: al mediodía  
Fecha de Emisión:

Agente:

Presentada a: SEGUROS BOLIVAR HONDURAS, S.A. En adelante llamada (**La Compañía**).

Por: XXXXXX  
(En adelante llamado **EL ACREEDOR**).

Descripción: Se solicita un seguro sobre la vida de las personas deudoras del ACREEDOR, para créditos personales, hipotecarios, agropecuarios y/o comerciales, documentados para ser amortizados periódicamente o a plazo fijo. También se permitirá la incorporación al plan de seguros de cualquier otro programa, servicio o proyecto del ACREEDOR cuyos riesgos deberán ser previamente aceptados por La Compañía.

La vigencia de este Seguro será anual a partir de la fecha de su firma; pudiéndose renovar anualmente a voluntad de las partes de conformidad con lo previsto en la póliza respectiva

### ELEGIBILIDAD

Se amparan en esta póliza a los prestatarios activos que gocen de plena capacidad funcional, de xxxxxxxx, que se encuentren inscritos en la relación de asegurados de esta póliza, mediante reportes electrónicos enviados por el ACREEDOR a la Compañía de Seguros.

Si al suscribirse esta póliza, por cualquier motivo uno o varios prestatarios no estuvieran gozando de su plena capacidad funcional, su elegibilidad será hasta el día siguiente a la fecha en que recuperen su capacidad para la realización de sus actividades normales.

### VIGENCIA

La vigencia de esta póliza es anual desde el xx de xx del año xx al xx de xx del año xx, ambas fechas al mediodía.

No. de Póliza:  
 No. De Expediente:  
 Vigencia Desde: al mediodía  
 Vigencia Hasta: al mediodía  
 Fecha de Emisión:

Agente:

### **SUMA ASEGURADA**

La Suma Asegurada individual de cada uno de los asegurados será la reportada por el ACREDITADOR, mediante el cual la Compañía, en caso de fallecimiento o Invalididad Total y Permanente del Deudor-Asegurado cubrirá **CAPITAL, INTERESES y COMISIONES**, sin que en ningún caso la **INDEMNIZACION** supere la suma asegurada individual reportada en el último listado electrónico recibido por la Compañía. La Suma Asegurada individual no podrá exceder de L. XXX.XX (XXX XXX XXX).

### **PRIMA**

La prima a pagar por cada Deudor - Asegurado, se determinará aplicando **L. x.xx( xxxx xxxxx xxxx)**.

El seguro es contributorio, por lo que el prestatario contribuye al pago de la prima.

**La Compañía tiene derecho a cambiar la tarifa en las siguientes fechas:** 1) En cualquier fecha dentro de la vigencia, siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado en vigor por lo menos seis (6) meses y que la compañía notifique dicho cambio por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación.

### **REQUISITOS PARA SUSCRIPCION Y RENOVACION**

100% de los prestatarios activos que gocen de plena capacidad funcional, cuyas edades estén comprendidas dentro de los siguientes límites:

<b>COBERTURA</b>	<b>EDAD PARA</b>	
	<b>INGRESAR</b>	<b>RENOVAR</b>
Fallecimiento	15 años	hasta 75 años
Pago Anticipado de la suma asegurada por Invalididad Total y Permanente (PASIT):	15 años	hasta 75 años
<b>Coberturas adicionales:</b>		
Ayuda para Gastos Fúnebres	15 años	hasta 75 años

### **TIPO DE COBERTURA**

La cobertura para los prestatarios es Ocupacional y no Ocupacional, durante las veinticuatro (24) horas del día y sin limitación geográfica.

No. de Póliza:  
No. De Expediente:  
Vigencia Desde: al mediodía  
Vigencia Hasta: al mediodía  
Fecha de Emisión:

Agente:

### BENEFICIARIO

El beneficiario Principal de esta Póliza es el Contratante, dentro de los límites de su interés como ACREEDOR.

### REPORTE

Esta póliza se emitirá mediante la información que se reciba del contratante, por medio de **reportes electrónicos** mensuales que el contratante enviará dentro de los diez (10) días calendario del mes inmediato siguiente, conteniendo los datos solicitados por la Compañía.

### EXCLUSIONES DEL SEGURO

El Seguro Acreedor, Seguro de Deuda, Seguro bancario o seguro de prestatarios no se hará efectivo si el fallecimiento muerte del Deudor Asegurado, ocurriese en cualquier tiempo de vigencia de la póliza, debido a:

- Guerra declarada o no, revolución, motines, huelgas y tumultos populares.;
- Participación directa del Deudor Asegurado en actos delictivos intencionales;
- Participación en competencias de alto riesgo.

Además, son exclusiones del seguro de deuda, pero solamente dentro de los primeros doce (12) meses de vigencia ininterrumpida del Seguro Individual, las siguientes causas de fallecimiento del asegurado:

- Suicidio
- Alcoholismo o Drogadicción
- Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)

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

En caso de que se declare médicaamente 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

No. de Póliza:  
No. De Expediente:  
Vigencia Desde: al mediodía  
Vigencia Hasta: al mediodía  
Fecha de Emisión:

Agente:

cumpla setenta y cinco (75) años de edad, la Compañía pagará el saldo de la deuda del Prestatario, incluido Capital, Intereses y comisiones a la fecha en que la Compañía acepte las pruebas legales de la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, sin que tal valor exceda la Suma Asegurada contratada para dicho Asegurado.

### 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;
- f) La demencia crónica.

Por pérdida total se entenderá la amputación o la inabilitación 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.

### CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

No. de Póliza:  
No. De Expediente:  
Vigencia Desde: al mediodía  
Vigencia Hasta: al mediodía  
Fecha de Emisión:

Agente:

Esta Cobertura se cancelará automáticamente a partir del aniversario de la póliza inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla **setenta y cinco (75) años de edad**, o bien al realizarse cualquier indemnización u otorgarse cualquier beneficio derivado de esta Cobertura. El Contratante podrá dejar sin efecto esta Cobertura solicitándolo por escrito a la Compañía. En este caso se suspenderá el costo de protección correspondiente.

### EXCLUSIONES

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, excepto la demencia crónica;
- 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) Alcoholismo o Drogadicción;
- 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, aún cuando sea permanente; o invalidez total pero no permanente.

Quedan sin modificación alguna, los demás términos y condiciones de la póliza.



## SEGURO COLECTIVO DE VIDA ACREDOR

No. de Póliza:  
No. De Expediente:  
Vigencia Desde: al mediodía  
Vigencia Hasta: al mediodía  
Fecha de Emisión:

Agente:

Tegucigalpa, M. D. C., en la fecha de emisión.

**FIRMA AUTORIZADA**

**DIRECTORA GENERAL DE SEGUROS**