

SEGURO COLECTIVO DE VIDA 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.

CLAUSULA No. 1 COBERTURA

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 Condiciones Particulares contenidas en la presente póliza:

COBERTURA BÁSICA

FALLECIMIENTO

Al ocurrir el fallecimiento de un Asegurado, la Compañía pagará al o los beneficiarios por él designados e inscritos en la Póliza.

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 por el Programa de Coberturas de las Condiciones Particulares, para las cuales se haya efectuado el pago del Costo de Protección correspondiente, los cuales se detallan a continuación:

1. GASTOS DE REPATRIACIÓN

Al fallecimiento de un Asegurado fuera de Honduras, por razones de su ocupación o no, se cubrirá adicional a la cobertura del seguro de vida, un 20% de la suma asegurada de vida básica, hasta un máximo de US\$ 5,000.00 previa presentación de documentos que soporten el gasto.

2. DOBLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DIMAP)

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente, la Compañía pagará a los beneficiarios designados el doble de 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 que se indica en la Escala de Indemnizaciones.

En el Anexo I se amplía la definición de Accidente, Suma Asegurada, Escala de Indemnizaciones por Muerte o Perdidas Orgánicas, Combinación de Perdidas, Casos Especiales, Pruebas de Realización del Siniestro, Cancelación de la Cobertura y Exclusiones.

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 que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, la Compañía anticipará al Asegurado en forma de renta mensual, durante el número de meses indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza, la suma asegurada que para él se establece en el Certificado Individual.

En el Anexo II se amplía la definición de Definición de Invalidez Total y Permanente, Pruebas de Realización del Siniestro, Efectivo de la Cobertura, Cancelación de la Cobertura, Comprobación de Permanencia del Estado de Invalidez.

4. AYUDA PARA FUNERALES ULTIMOS GASTOS

Al ocurrir el fallecimiento de un Asegurado, la Compañía al recibir la notificación por escrito del Contratante y las pruebas fehacientes del siniestro, reembolsará los Gastos Fúnebres (excluyendo el terreno) a quien demuestre haber incurrido en ellos, hasta la cantidad indicada en el Certificado Individual, sin afectar la suma asegurada básica por fallecimiento.

En caso de que los gastos incurridos y demostrados objetivamente fueren inferiores a dicha suma convenida, el excedente se pagará a los beneficiarios designados por el asegurado.

5. PAGO ANTICIPADO PARCIAL DE LA SUMA ASEGURADA BÁSICA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

La Compañía en virtud de este beneficio, se obliga a anticipar al asegurado el treinta y cinco por ciento (35%) de la suma asegurada de la cobertura básica por fallecimiento, hasta el máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, con reducción a dicha suma asegurada siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. Que el asegurado se encuentre en un estado Terminal, cuyas expectativas de vida según informe médico no sean mayores a doce (12) meses.

2. Que la póliza se encuentre vigente al momento de declararse la enfermedad como terminal.

6. GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

En caso de que el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto incurriera en gastos médicos, la Compañía después de aplicar el deducible, si lo hubiere, le reembolsará los mismos sin exceder de la suma establecida para esta cobertura.

7. SEGURO DE DESEMPLEO

Esta cobertura se adhiere a la póliza y está integrada por sus condiciones particulares, y es el estado de ausencia de una relación de trabajo (empleo) que sufre el Asegurado, por haber sido despedido por decisión del patrón, sin que hubiera responsabilidad del trabajador, que lo mantenga sin percibir remuneración alguna derivada de su trabajo personal.

CLAUSULA No. 2 EXCLUSIONES

Las ocurrencias de un siniestro ocasionado por uno o varios de los eventos detallados a continuación no estarán amparadas bajo esta póliza:

2.1 EXCLUSIONES COBERTURA DOBLE INDEMNIZACION 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 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, 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, 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; y,
- m) Si el estado de invalidez es parcial, aun cuando sea permanente; o invalidez total pero no permanente.

2.3 EXCLUSIONES BENEFICIO ANTICIPO POR ENFERMEDADES TERMINALES

Exclusiones en que la Compañía no hará ningún pago:

- a) Si la enfermedad terminal resulta a consecuencia de lesiones que se cause a sí mismo el asegurado y tentativa de suicidio.
- b) Si la enfermedad terminal se presenta antes o durante los primeros veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura individual.
- c) Si la enfermedad terminal resulta a consecuencia de alcoholismo o consumo de bebidas embriagantes, uso de drogas, estupefacientes y psicotrópicos.

CLAUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte de esta póliza la solicitud del Contratante a la Compañía, la Relación de Asegurados, las Condiciones Generales y Condiciones Particulares y los Anexos adheridos a la misma, si los hubiere.

CLAUSULA 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.

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

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.

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 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.

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 materialización 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.

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

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.

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.

LA LEY: Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

RELACION DE ASEGURADOS: Documento donde se detalla cada uno de los asegurados que forman parte de la póliza y en cual se enumeran cada una de las coberturas.

SUMA ASEGURADA: Dondequiera que se use en este Beneficio, significa la suma indicada en la Solicitud - Certificado en lo que se refiera a cada Asegurado mencionado.

CLAUSULA No. 5 LIMITES 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 las coberturas de esta póliza y que se detallan en la Relación de Asegurados.

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.

CLAUSULA No. 7 PAGO DE PRIMA

El Contratante acepta realizar los pagos de las primas requeridas para cubrir las Coberturas contratadas; en las fechas de vencimiento establecidas, conforme lo indicado en la Póliza.

Durante el primer (1) año de vigencia, la prima correspondiente al grupo se calculará a base de la Tarifa de primas vigente, cuyo detalle figura en la Relación de Asegurados. Al final de este período, así como de cada uno de los años-póliza subsiguientes, la Compañía ajustará su Tarifa de primas vigente en tal oportunidad.

La prima estará formada por la suma de las primas parciales correspondientes a cada Asegurado, calculadas a base de la Tarifa de primas, tomando en cuenta la edad promedio del grupo asegurable a la fecha de emisión y la suma asegurada para cada uno.

Si las primas son pagadas por año, semestres, trimestres o mensual, se hará sobre ellas los ajustes necesarios para los nuevos ingresos de asegurados, las bajas o cancelaciones de asegurados o los cambios que hubieren tenido lugar entre las fechas de vencimiento. Estos ajustes se calcularán a base de la prima promedio, que se determinará anualmente dividiendo la suma de las primas individuales por el importe total del seguro en vigor, expresado en millares.

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 Contratante, esto no sentará precedente alguno de obligación.

La periodicidad de pago de primas convenida para esta póliza podrá ser cambiada en cualquier aniversario de la misma, mediante solicitud escrita del Contratante.

CLAUSULA No. 8 VIGENCIA

La vigencia de esta Póliza es anual desde y hasta las fechas anotadas en las Condiciones Particulares, ambas fechas al medio día. A solicitud del Contratante esta póliza podrá ser renovada por períodos iguales, siempre y cuando éste haya aceptado por escrito las condiciones de renovación presentadas por la Compañía.

CLÁUSULA No.9 BENEFICIARIOS

Si no se hubiese pactado lo contrario en la solicitud del Contratante o en un endoso, el Asegurado podrá designar o cambiar los beneficiarios en cualquier tiempo y podrá disponer libremente del derecho derivado del Seguro; pero queda entendido y convenido que el mismo Asegurado pondrá en conocimiento de la Compañía dichos cambios por escrito, los cuales deberán registrarse en la póliza por un funcionario de la Compañía, para su validez. La falta de esta notificación exime a la Compañía de toda responsabilidad con motivo de cualquier pago que hubiere efectuado antes de tener conocimiento por escrito del cambio. Si algún beneficiario falleciere antes del Asegurado, la parte correspondiente a aquel acrecerá por partes iguales a la de los demás, siempre que no haya estipulación en contrario.

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.

CLAUSULA No. 10 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante queda obligado a proporcionar puntualmente a la Compañía toda la información relativa a:

- a) Solicitudes de ingreso de nuevos miembros del grupo asegurado;
- b) Notificación de las bajas de los asegurados;
- c) Los Anexos constituidos por los consentimientos de los miembros del grupo para ser asegurados; y
- d) Cambios que se operen en la cuantía de la suma asegurada de los Asegurados. A requerimiento de la Compañía, estará obligado a presentar los registros y nóminas del personal y a proporcionarles toda información referente a los miembros del grupo, que tenga o pueda tener relación con lo pactado en esta póliza.

Si el Contratante incurriere involuntariamente en error al informar sobre el nombre de algún Asegurado que reúna los requisitos requeridos por esta Póliza para ser elegible, éste no será privado de los beneficios de este Seguro.

CLAUSULA No. 11 PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante no deberá:

- a. Presentar información falsa de los Asegurados a la Compañía.
- b. Efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
- c. No pagar en su debido momento a la Compañía la cantidad de prima con la que contribuye el grupo asegurado.
- d. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Compañía y que pertenecen al Asegurado o a sus beneficiarios.

CLAUSULA No. 12 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, el Contratante 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 Contratante 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.

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.

CLAUSULA No. 13 AVISO DEL SINIESTRO

Aviso de Siniestro:

Tan pronto como el Contratante 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 a la Compañía de Seguros, 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. Certificado Individual del Seguro;
- 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; y,
- i. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

2. En caso de Anticipo de Enfermedad Terminal:

- a. Certificado Individual del Seguro;
- 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, de la Vista o la Audición por Accidente:

- a. Certificado Individual del Seguro;
- 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) Certificado Individual del Seguro;
- 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 Pruebas y Exámenes Médicos que la Compañía requiera; y,
- e) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente;

CLAUSULA No. 14 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 un miembro del grupo no cumpla con su obligación de dar al contratante la parte de la prima que pudiera corresponderle, éste podrá notificarlo a la institución aseguradora para obtener la baja de aquel en el registro de asegurados. Mientras el contratante no notifique a la Compañía que uno o algunos de los miembros asegurados ha o han causado baja en el grupo asegurable y continúe pagando la prima correspondiente a dicho o dichos miembros, éstos continuarán gozando de los beneficios de este Seguro hasta tanto que el contratante notifique su cese en el grupo. En caso de ser recibida esta notificación, la Compañía restituirá al Contratante la prima no devengada.
- c) Aquella en que deje de reunir los requisitos establecidos para ser aceptable como Asegurado, de conformidad con lo establecido en la Cláusula No.31 Aceptación de Asegurados de las presentes Condiciones Generales.
- d) Aquella en que esta póliza dejare de ser renovada por el Contratante.

CLAUSULA No. 15 RENOVACIÓN

El Contratante podrá renovar esta póliza al final de cada fecha de vencimiento, en las mismas condiciones en que fue suscrita, siempre que reúna los requisitos que en la misma se establece, mediante el pago de la correspondiente prima resultante, después de efectuados los ajustes de las altas y bajas comunicadas a la Compañía durante el último año-póliza, siempre que dicho pago sea hecho antes de la expiración del período de gracia de treinta (30) días y si entonces el número de los asegurados se mantiene dentro de las estipulaciones consignadas en las Condiciones Particulares relativa a límites de edad.

CLÁUSULA No. 16 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. 17 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Aseguradora y el Contratante o 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.

CLAUSULA No. 18 COMUNICACIONES

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

CLAUSULA No. 19 TERRITORIALIDAD

Este contrato no se afectará por razones de residencia (no importa ubicación geográfica), ocupación, viajes y estilo de vida del Asegurado.

CLAUSULA No. 20 SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, durante el primer año de vigencia ininterrumpida del Seguro Individual, cualquiera que sea su estado mental, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido para tal efecto, en las Condiciones Particulares de esta póliza.

CLAUSULA No. 21 EDAD

Los límites de admisión y renovación fijados por la Compañía para este Contrato estarán fijadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 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 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.

La Compañía no deberá emitir la póliza cuando el número de los Asegurados aceptables en la misma sea menor de quince (15) y el Contrato quedará rescindido cuando el número de los asegurados llegue a ser menor de veinte (20), o menor de ochenta (80%) por ciento de las personas que reúnan las condiciones necesarias para ser aceptables como asegurados, siempre que este porcentaje no sea inferior al límite mínimo de quince (15) asegurados.

CLAUSULA No. 22 PERIODO DE GRACIA

Si el contratante 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.

CLAUSULA No. 23 REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado, como lo prevé la Cláusula No.22 Período de Gracia, el contrato de seguro no podrá ser rehabilitado.

CLAUSULA No. 24 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato, será indisputable a partir de la fecha en que cumpla un (1) año 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 Contratante solicitara incrementos en la suma asegurada de la Póliza, estos también serán disputables durante el primer (1) año, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de los mismos, en vida del Asegurado.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha de expedición del Certificado individual correspondiente.

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.

CLAUSULA No. 25 VALORES GARANTIZADOS

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

CLAUSULA No. 26 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, actualizarán las Condiciones particulares.

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 Contratante del seguro o 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 estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

CLAUSULA No. 27 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 Contratante del seguro o Asegurado podrán ser pactadas en US Dólares.

CLAUSULA 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 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.

CLAUSULA No. 29 CESION

El derecho a la suma asegurada podrá transmitirse mediante declaración expresa consignada en el Certificado correspondiente, suscrita por el cedente y el concesionario y notificada por éstos a la Compañía, teniendo el cesionario, en este caso, acción directa para cobrar la suma asegurada.

El Contratante sólo podrá aparecer como cesionario del Seguro hasta por la parte alícuota que le corresponda para garantizar prestaciones laborales que le incumban, de conformidad con la Ley y siempre que pague la prima individual correspondiente.

CLAUSULA No. 30 CONVERSION

Mediante solicitud escrita del Asegurado, presentada antes de que hayan transcurrido treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que dejó de pertenecer al grupo o de la terminación de esta póliza, y siempre que en este último caso haya sido asegurado, cuando menos, durante cinco años (5), quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido, la Compañía le expedirá una póliza de Seguro individual, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad, bajo las siguientes condiciones: a) La póliza de Seguro individual será emitida en cualquiera de los planes vigentes en la Compañía de Seguros; b) La prima será la que corresponda a la clase de riesgo asumido, al importe y al plan de la póliza y a la edad del Asegurado en su cumpleaños más próximo a la fecha de emisión de la póliza individual; c) El importe de la póliza individual podrá ser igual o menor al del seguro con que estaba amparado bajo este contrato en el momento de la baja, o de la terminación de esta póliza; d) El pago de la primera prima del seguro individual deberá efectuarse necesariamente en el acto de solicitar la conversión.

CLAUSULA No. 31 ACEPTACION DE ASEGURADOS

Las personas aceptables para seguro bajo esta póliza, que serán las inscritas en la Relación de Asegurados que forma parte de ésta, podrán ser aseguradas desde la fecha de vigencia de la misma.

Para que un miembro pueda ser inscrito en la Relación de Asegurados, deberá: a) Pertenecer a un mismo grupo o empresa que conste por lo menos de quince (15) personas que se denominará grupo asegurable; b) Que se asegure el 80% cuando menos, siempre que este porcentaje no sea inferior a quince (15) personas; c) Haber cumplido por lo menos la edad de quince (15) años; d) Dar su consentimiento dentro de los treinta (30) días, contados a partir de la fecha de haber ingresado al grupo asegurable; tratándose de miembros que no hayan alcanzado la mayoría de edad, se requerirá además de su consentimiento personal, el de su representante legal; e) Dará al Contratante la parte de la prima que pudiere corresponderles; f) Figurar en el formulario de la Relación de Asegurados.

Los miembros que han ingresado al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato, quedarán asegurados desde el momento en que hayan adquirido las características para formar parte del grupo asegurado, ya sea en la razón de devengos, ya sea según la categoría o actividad, siempre que den su consentimiento dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber adquirido dichas características.

Cuando se trate de miembros del grupo asegurable que no se aseguraron en el momento de la celebración del contrato, o cuando tratándose de miembros de nuevo ingreso, éstos no hubieren dado su consentimiento dentro de esos treinta (30) días, el solicitante queda obligado a presentar pruebas de asegurabilidad a entera satisfacción y sin costo alguno para la Compañía. El seguro no comenzará a surtir efectos hasta cuando la Compañía haya aceptado como buenas dichas pruebas. La persona a quien se hubiere exigido la presentación de pruebas de asegurabilidad y que causare baja en el grupo antes de que las mismas hayan sido aceptadas, quedará obligada a cumplir con este requisito en el caso de que volviera a reingresar.

CLAUSULA No. 32 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.

CLAUSULA No. 33 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.