

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
PROTECCIÓN TOTAL
CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

CLÁUSULA 1: COBERTURAS DEL SEGURO

El Asegurado identificado en las Condiciones Particulares de la póliza está cubierto según lo detallado en los siguientes Riesgos Cubiertos:

A. FALLECIMIENTO

La Aseguradora se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada de esta cobertura, cuyo monto se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, en caso que ocurra el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, descontando los pagos que se hubieren realizado en concepto de las coberturas de Anticipo de Gastos Funerarios y Anticipo de Enfermedades Terminales.

B. ANTICIPO DE GASTOS FUNERARIOS

La Aseguradora, en caso de que se produzca el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, pagará los gastos funerarios hasta el límite de esta cobertura según se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, y como adelanto al monto establecido para la cobertura Fallecimiento.

C. ANTICIPO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

La Aseguradora se compromete a pagar al Asegurado la Suma Asegurada que se debiera pagar por la Cobertura Básica de Fallecimiento, si el Asegurado sufre durante el período de vigencia de

la cobertura la Invalidez Total y Permanente, según se define en la Cláusula “4. Definiciones”, por un período comprobable mayor a seis (6) meses.

La suma a la que tenga derecho el Asegurado se pagará en doce (12) mensualidades iguales a partir del séptimo (7º) mes de Invalidez Total y Permanente comprobada.

Cuando lo estime necesario, la Aseguradora podrá exigir comprobación de que continua el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado. Si este se niega a esa comprobación, o se hace patente que ha desaparecido el estado de Invalidez Total y Permanente; cesará el pago de las rentas mensuales sucesivas.

El pago de un reclamo por esta cobertura produce la cancelación de la póliza.

D. ANTICIPO POR ENFERMEDADES TERMINALES

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto señalado para esta cobertura en las Condiciones Particulares, para el caso que durante el período de vigencia de esta cobertura y antes que el Asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad, se le diagnostique una enfermedad terminal. Se considerará enfermedad terminal, toda aquella condición que de acuerdo a la determinación médica, corresponda a una afección irreversible y que por su naturaleza es determinante de una expectativa de vida que no supera los doce (12) meses. Los primeros seis (6) meses de vigencia de la póliza no tienen cobertura para este amparo. Este período de carencia no aplica para las renovaciones.

CLÁUSULA 2: EXCLUSIONES

La Aseguradora no cubrirá cuando la causa del siniestro reclamado se deba a:

a. Suicidio, automutilación, o autolesión. En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, cualquiera haya sido su causa y el estado mental o físico, la Aseguradora 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 Aseguradora se limitará al pago de la porción de prima no devengada a partir de la fecha de suicidio.

- b. Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice, que atente contra la vida del Asegurado por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la suma asegurada o la indemnización.**
- c. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.**
- d. Participación activa del Asegurado en actos terroristas, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.**
- e. Participación activa del Asegurado en actividades propias del crimen organizado, delincuencia organizada, narcotráfico y el lavado de activos de acuerdo con lo establecido en la Ley Especial Contra el Lavado de Activos.**
- f. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva de sustancias químicas o biológicas.**

Con respecto a la Cobertura de Anticipo por Enfermedad Terminal, la Aseguradora no cubrirá cuando la causa del siniestro reclamado se deba a:

- g. Cualquiera de las causas excluidas para las Coberturas Básicas (exclusiones “a” a “f”).**
- h) Alcoholismo o drogadicción.**
- i) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**
- j) Preexistencias, entendiéndose como tal a aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, declaradas con anterioridad a la contratación del seguro, de la incorporación o de la rehabilitación, según sea el caso, y que quedan excluidas de la cobertura.**

Con respecto a la Cobertura de Anticipo por Invalidez Total y Permanente a causa de Accidente o Enfermedad, la Aseguradora no cubrirá cuando la causa del siniestro reclamado se deba a:

- k. Cualquiera de las causas excluidas para las Coberturas Básicas (exclusiones “a” a “j”).**
- l. Enfermedades preexistentes o lesiones corporales ocurridos antes de la fecha de vigencia de esta cobertura.**
- m. Cualquier enfermedad mental**

CLÁUSULA 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte del Contrato Completo entre la Aseguradora y el Asegurado, estas Condiciones Generales, sus Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro y en los casos que aplique; las declaraciones de Asegurado en el Formulario de Suscripción y/o Declaración de Salud, así como los endosos que se anexen.

CLÁUSULA 4: DEFINICIONES

ASEGURADO: Persona natural amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza y que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptado por la Aseguradora. Asimismo, tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este contrato de seguro, además de firmar como responsable en la solicitud.

ASEGURADORA: Seguros Atlántida, S.A., quien asume los riesgos y se obliga en virtud de las coberturas efectivamente contratadas definidas en la presente Póliza.

BENEFICIARIO: Persona designada en la póliza por el Asegurado o Contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establece.

COMISIÓN: Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).

CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, que recoge los principios básicos que regulan el contrato de seguros, como son los derechos, obligaciones, coberturas y exclusiones de las partes contratantes.

CONDICIONES PARTICULARES: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguros, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante y Asegurado, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos, límites de edad, cláusulas especiales, exclusiones y deducibles.

CONTRATANTE: Es la persona natural o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su propia naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el Contratante la figura de Asegurado y Beneficiario del seguro.

EDAD: A los efectos de esta póliza, la edad del Asegurado será la edad alcanzada a la fecha de inicio de vigencia.

ENFERMEDAD: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas, que amerite tratamiento médico o quirúrgico; las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas anteriormente, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Cualquier enfermedad que existe con anterioridad al inicio de la cobertura del seguro para cada Asegurado, respecto del cual:

- a) Un médico hubiere determinado su existencia mediante un diagnóstico, o hubiere prescrito o recomendado un tratamiento; o
- b) Que por sus síntomas, signos o manifestaciones no pudieron haber pasado desapercibidos por el Asegurado o hubieren presentado manifestaciones o sintomatologías de quebrantos en la salud del Asegurado, que hubieren llevado a cualquier persona normalmente diligente en la conservación de su salud a consultar a un médico; o
- c) Que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento sea determinada como tal por un médico; o
- d) Que ya se han erogado gastos por esa enfermedad.

GASTOS FUNERARIOS: Aquellos gastos incurridos a consecuencia del fallecimiento del Asegurado.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Será aquella sufrida a consecuencia de lesión corporal o enfermedad a causa directa de un accidente cubierto, que impiden en absoluto al Asegurado dedicarse a cualquier negocio u ocupación y a desempeñar trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos, y que haya persistido sin interrupción por un período no menor de seis (6) meses (la

incapacidad de tal duración se considerará como permanente únicamente con el fin de poder determinar la fecha en que principia las obligaciones que se asume en este contrato). Se considera como incapacidad total y permanente el estado de invalidez que le sobrevenga a un Asegurado menor de sesenta y cinco (65) años de edad.

Sin perjuicio de otras causas de incapacidad total y permanente, se considerarán como tal, las siguientes:

- I.- La amputación total de ambas manos.
- II.- La amputación total de ambos pies.
- III.- La amputación de toda una mano y de todo un pie; y
- IV.- La pérdida total e irreparable de la vista de ambos ojos.

LESIÓN: Significa una lesión accidental que ocurre durante la vigencia de esta póliza y que es resultado exclusivo y directo de un accidente, causado por medios extremos violentos o visibles, independientemente a la voluntad de la persona lesionada.

LEY: Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

PRIMA: Contraprestación que, en función del riesgo debe pagar el Contratante o Asegurado a la Aseguradora en virtud de la celebración del contrato.

SINIESTRO: Acontecimiento futuro e incierto mediante el cual se materializa el riesgo objeto de este contrato de seguro y del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la Aseguradora.

SUMA ASEGURADA: Es el valor económico que se define por el Contratante o Asegurado en la solicitud de seguro para cada persona asegurada que se adhiere al contrato, y que es determinante para que la Aseguradora establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro. Corresponde a la suma máxima que pagará la Aseguradora en concepto de siniestros durante la vigencia de la póliza para una o varias coberturas.

CLÁUSULA 5: LIMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite máximo de Responsabilidad de la Aseguradora será igual a la suma estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza, sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares y Condiciones Generales de este contrato.

CLÁUSULA 6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta, efectuada con dolo o culpa grave, de tales hechos, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.

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 la Aseguradora dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por la Aseguradora o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

CLÁUSULA 7: PAGO DE PRIMA

La prima vence en la fecha de celebración del contrato y su pago debe acreditarse por medio de un recibo auténtico de la Aseguradora; los efectos de la Póliza cesarán automáticamente treinta (30) días calendario después de la fecha de vencimiento de la prima.

El Asegurado puede optar por pagar la Prima de forma anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del Contrato.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en cualquiera de las oficinas de la Aseguradora, contra entrega de la factura correspondiente. Para ser reconocido por la Aseguradora, la factura deberá quedar debidamente firmada y sellada por el personal autorizado. No es deber de la Aseguradora dar noticias de los vencimientos de primas y 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 8: VIGENCIA

Este Contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en las Condiciones Particulares de esta póliza. El inicio de vigencia será a partir de las 12:00 horas del primer día del período de seguro contratado y la terminación de vigencia será a las 12:00 horas del último día del período de seguro contratado, o antes, en los casos de terminación o rescisión previstos en esta póliza.

CLÁUSULA 9: BENEFICIARIOS

El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de esta Póliza, puede cambiar el beneficiario o beneficiarios, sin necesidad del consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a la Aseguradora y ésta haga constar el cambio en el certificado correspondiente. Sin embargo, si la designación del beneficiario fuese con carácter irrevocable, además de la autorización de éste, el Asegurado tendrá que notificarlo y la anotación en la Póliza será el único medio de prueba admisible.

La sustitución de Beneficiarios será registrada en la Oficina Principal. Una vez registrada, surtirá efectos desde la fecha de la notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Aseguradora por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

Si hubiesen varios beneficiarios principales designados y alguno de ellos muriese antes que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá únicamente entre los Beneficiarios sobrevivientes, en la siguiente forma: a) Por partes iguales si no se hubiera señalado cuota; y, b) En proporción a sus

respectivas cuotas en caso de haberlas. En caso que no sobreviviese ningún beneficiario principal la indemnización se pagará a los beneficiarios contingentes. Todo ello sin perjuicio de pacto en contrario. Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado, o si éste hubiese fallecido sin haber designado Beneficiarios, la suma Asegurada se pagará a quienes fueron declarados judicialmente herederos del Asegurado.

CLÁUSULA 10: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado cambia de ocupación, inicia la práctica de algún deporte o inicia la exposición a un riesgo modificando las condiciones de su contrato inicial, deberá avisar por escrito a la Aseguradora, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se exponga.

Si el Asegurado no avisa por escrito a la Aseguradora sobre los cambios mencionados anteriormente y si dicha agravación influye en el siniestro, la Aseguradora no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo; sin embargo, el contrato subsistirá si se prueba que la Aseguradora las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones. El Asegurado pagará a la Aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

CLÁUSULA 11: AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario, tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá de ponerlo en conocimiento de la Aseguradora.

Salvo disposición contraria en el Código de Comercio, o en la ley orgánica respectiva, el Asegurado o el Beneficiario gozará de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso. La falta de éste permitirá disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente; si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del siniestro, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones como tal.

CLÁUSULA 12: REQUISITOS PARA EL PAGO DE INDEMNIZACIONES

Según la cobertura reclamada, se deberán presentar los siguientes documentos en original:

a. En caso de Fallecimiento, los beneficiarios deberán presentar.

1. Certificado del acta de defunción.
2. Certificación médica, expedida por el médico que atendió al Asegurado en su última enfermedad.
3. Copia de cedula de identidad o certificación original del acta de nacimiento de los Beneficiarios.
4. Certificación de tutoría legal (en caso de Beneficiarios menores de edad).

b. En caso de una reclamación relacionada con la Cobertura de Enfermedad Terminal

1. Certificación médica, extendida por el médico indicando la Enfermedad o padecimiento, el tiempo de sobrevida estimado, los elementos considerados para dicha estimación y la fecha desde cuando el paciente presenta los síntomas de dicho padecimiento.
2. Pruebas y exámenes médicos que la Aseguradora requiera.

c. En caso de Invalidez Total y Permanente a causa de Accidente o Enfermedad:

1. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico, evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado y fecha de estructuración;
2. En el caso de que el Asegurado cuente con cobertura del IHSS, el Asegurado debe presentar el dictamen original de dicho instituto y/o el dictamen médico colegiado conforme a las políticas internas de la Aseguradora. Cuando el Asegurado no sea afiliado al IHSS, se considerará solamente el dictamen médico colegiado definido por la Aseguradora.
3. Historia clínica y exámenes complementarios según lo requiera la Aseguradora.

En todos los casos, la Aseguradora tiene el derecho a solicitar cualquier otro documento que estime necesario para probar la procedencia del reclamo. La Aseguradora no está obligada al pago de las prestaciones establecidas en este seguro si el Asegurado o sus Beneficiarios no han presentado la información indicada en esta Cláusula.

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente

hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior.

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

PLAZO DE INDEMNIZACIÓN

Una vez recibida la información requerida en forma completa para decidir sobre la procedencia del reclamo, la Aseguradora pagará la suma asegurada de acuerdo a las coberturas contratadas dentro de los treinta (30) días siguientes.

El pago será entregado al Asegurado o al(os) Beneficiario(s) con el finiquito correspondiente, el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

CLÁUSULA 13: TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Asegurado podrá dar por terminado el presente Contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a la Aseguradora, dentro de los quince (15) días previos a la fecha en que cesará el Contrato. Dado el caso, el Asegurado, tendrá derecho a recuperar la prima pagada no devengada, sin incluir gastos y derechos de póliza. En caso de existir algún siniestro ocurrido durante la vigencia de la póliza no habrá devolución de primas al Asegurado.

Este seguro terminará para el Asegurado, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Solicitud de cancelación por parte del Asegurado.
- b) Modificación del riesgo u ocupación de forma que no sea aceptable para la Aseguradora o las nuevas condiciones no sean aceptadas por el Asegurado.
- c) Por falta de pago o cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago.
- d) Por fallecimiento del Asegurado.
- e) Cuando el Asegurado cumpla los setenta y cinco (75) años de edad.
- f) Omisión o falsedad de información que, en caso de haberse conocido al momento de la emisión, la Aseguradora hubiese rechazado o tarificado con recargos la propuesta; siempre y cuando para el caso de la cobertura de fallecimiento no se haya cumplido el periodo de indisputabilidad.

g) Ocurra un siniestro que esté amparado por una cobertura, en el que se abone la indemnización cuyo efecto sea la terminación o anulación anticipada de este seguro o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los endosos respectivos.

h) Por cualquier causa debidamente justificada por la Aseguradora según los casos previstos por la Ley.

CLÁUSULA 14: RENOVACIÓN

Esta Póliza podrá ser renovada a solicitud del Asegurado en la fecha de vencimiento bajo la condición que se encuentre al día en los pagos de la prima. La tarifa que aplique en la renovación será la que corresponda de acuerdo a las condiciones vigentes al momento de la renovación.

La póliza no se renovará cuando el Asegurado haya cumplido una edad igual o superior a la edad máxima de permanencia en la fecha de renovación. En caso de que le sean cobradas primas luego de esta edad, la Aseguradora solo está obligada a devolver el 100% de las primas cobradas.

CLÁUSULA 15: PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 16: CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Aseguradora 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 17: COMUNICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a la Aseguradora en el domicilio de la misma indicado en las Condiciones Particulares de esta Póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Asegurado.

Los comunicados que la Aseguradora deba hacer al Asegurado los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento, y para tener validez deberán tener el acuse correspondiente.

CLÁUSULA 18: TERRITORIALIDAD

La presente Póliza cubre al Asegurado en cualquier país del mundo.

CLÁUSULA 19: SUICIDIO

En caso de fallecimiento de un Asegurado por suicidio en cualquier estado mental dentro de los dos (2) años siguientes a la fecha de inscripción ininterrumpida, la Aseguradora solamente quedará obligada a devolver al beneficiario las primas que este hubiere pagado durante el año póliza en que ocurre el evento.

Después de transcurridos dos (2) años de inicio de la vigencia, la Aseguradora pagará la suma asegurada correspondiente.

En caso de haber realizado un aumento de la suma asegurada, la Aseguradora pagará a los beneficiarios, tanto la Suma Asegurada Original más el aumento de la misma, si a la fecha del suicidio han transcurrido dos (2) años de vigencia continua a partir de la fecha del incremento; de no haber transcurrido dos (2) años de vigencia continua a partir de la fecha del incremento, solo se pagará a los beneficiarios la Suma Asegurada Original, siempre y cuando se haya cumplido lo establecido, en el párrafo anterior de la presente Cláusula.

CLÁUSULA 20: EDAD

La Aseguradora establece para este seguro una edad mínima y máxima de admisión, estableciendo así un rango de edad en que según los criterios de riesgo de la Aseguradora la persona puede contratar el seguro. Podrán ingresar a la Póliza aquellos Asegurados que satisfagan los demás requisitos de asegurabilidad establecidos por política de la Aseguradora y que tengan entre: dieciocho (18) y sesenta (60) años para todas las Coberturas.

La Aseguradora también establece una edad máxima de permanencia en la póliza, es decir, la edad máxima en que la Aseguradora renovará el seguro sujeto a las demás condiciones de renovación aplicables. La edad máxima de permanencia en este seguro es de setenta y cinco (75) años para las Coberturas de Fallecimiento y Gastos Funerarios y de sesenta y cinco (65) años para las coberturas de Enfermedad Terminal e Invalidez Total y Permanente. Luego de esta edad la póliza no se renovará y en caso de que le sean cobradas primas luego de esta edad la Aseguradora solo está obligada a devolver el 100% de las primas cobradas.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la Aseguradora se reducirá en la proporción que existe entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

II. Si la Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Aseguradora estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado, en el momento de la celebración del contrato. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

IV. Si, con posterioridad a la muerte del Asegurado, se descubriere que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

V. Si al fallecimiento del Asegurado se comprueba que su edad está fuera de los límites de edad establecidos para el contrato, la Aseguradora no estará obligada a la indemnización.

CLÁUSULA 21: PERÍODO DE GRACIA

Es el plazo de treinta (30) días calendario otorgado por la Aseguradora, contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, dentro del cual la cobertura se mantendrá vigente, sujeto al pago de la prima durante el periodo de gracia.

Si al terminar el periodo de gracia la prima vencida no ha sido pagada o no han sido presentados los recibos de la prima reclamada, esta caducará sin necesidad de aviso o declaración especial. Los efectos del Contrato cesarán retroactivamente automáticamente a las 12:00 horas de la fecha de vencimiento en que la prima debió haber sido pagada.

CLÁUSULA 22: REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago, este contrato de seguro no podrá ser rehabilitado.

CLÁUSULA 23: INDISPUTABILIDAD

El presente contrato se basa en las solicitudes del Asegurado. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aun cuando no fueran escritos por el mismo. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificaciones si la Aseguradora hubiese conocido el verdadero estado de riesgo, toma nulo el contrato.

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias, cuya pregunta no conste expresa y claramente en la propuesta y en la declaración personal del presente seguro.

El presente artículo tiene validez durante los dos (2) primeros años de cobertura. A partir del comienzo del tercer año de cobertura interrumpida el presente artículo queda nulo y sin valor alguno.

La presente cláusula de indisputabilidad aplica únicamente para la cobertura básica por fallecimiento y en ningún caso aplica para las coberturas adicionales contratadas, las que serán disputables en cualquier momento durante o después de la vigencia de esta póliza.

CLÁUSULA 24: VALORES GARANTIZADOS

Esta póliza no genera ningún tipo valor de rescate o dividendo ni valores de seguro saldado o prorrogado.

CLÁUSULA 25: MONEDA

Tanto el pago de la prima como indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, son liquidables de acuerdo al tipo de moneda pactada y en los términos de Ley Monetaria vigente en la fecha en la cual las obligaciones se convierten en líquidas y exigibles.

CLÁUSULA 26: DISPOSICIONES GENERALES

- 1. REINTEGRO:** Si posteriormente al pago de una reclamación la Aseguradora llegare a comprobar que el mismo era improcedente, de acuerdo con las condiciones del contrato, la Aseguradora

podrá solicitar, judicial o extrajudicialmente, de quienes recibieron el pago, el reintegro total o parcial de dicho pago.

- 2. MONEDA:** La moneda de la póliza, Lempiras o Dólares de los Estados Unidos de América, se indicará en las Condiciones Particulares.

Si las primas y la suma asegurada de esta póliza han sido pactadas en Dólares de los Estados Unidos de América, las indemnizaciones a que haya lugar serán liquidables en Dólares de los Estados Unidos de América; sin embargo, si el Asegurado ha pagado las primas por su equivalente en Lempiras, las indemnizaciones se efectuarán también en Lempiras, calculadas al tipo de cambio para la compra del sistema bancario en la fecha del siniestro. Lo anterior salvo disposición legal en contrario.

- 3. 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 a la persona que este designe; pero la Aseguradora no asumirá responsabilidad alguna a la validez de tales cesiones.

La cesión se hará mediante declaración suscrita por las partes y notificada por escrito a la Aseguradora y tendrá efecto cuando esta 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.

- 4. MODIFICACIONES:** Toda modificación al contrato, deberá de ser solicitado por escrito a la Aseguradora, y para su validez deberá ser aceptada mediante endoso firmado por funcionario autorizado de la Aseguradora que se agregará a la póliza y si procede, actualizará las Condiciones Particulares de la póliza. Los agentes o cualquier otra persona de la Aseguradora, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

CLÁUSULA 27: ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT:

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el Asegurado, el Contratante y/o el Beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal Nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores,

facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras. 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 28: NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.