

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 No. 1. COBERTURA

Para los efectos de la póliza, los riesgos cubiertos quedan amparados bajo los conceptos siguientes:

Muerte Accidental:

En caso la muerte a consecuencia de lesiones corporales producidas por accidente, se produzca dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha de acontecido el mismo; en caso la muerte sea posterior a la fecha mencionada, el fallecimiento no se considerará como consecuencia del accidente, por lo que no se otorgará beneficio alguno.

Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica Muerte Accidental

Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios.

El o los beneficiario(s) o sus herederos legales, tendrán derecho a solicitar como máximo a la Aseguradora, hasta un 20% (veinte por ciento) de la Suma Asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental, estipulada en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de la Póliza; con la finalidad de sufragar los gastos funerarios para el sepelio del asegurado; dicho monto se deducirá de la suma asegurada que corresponde a la Cobertura Básica.

Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales.

En caso el asegurado falleciere por cualquier causa, fuera de los límites territoriales de la República de Honduras; el o los beneficiario(s) o sus herederos legales, tendrán derecho a solicitar como máximo a la Aseguradora hasta un 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental, estipulada en las Condiciones

Particulares y Certificado Individual de la Póliza; dicho monto se deducirá de la suma asegurada que corresponde a la Cobertura Básica.

1.1 COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES:

- **Incapacidad Parcial o Total Permanente por Accidente:**

Si como consecuencia de accidente sufrido por el asegurado, dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente, éste quedara con una incapacidad total permanente; el Asegurado, tendrá derecho a solicitar a la Aseguradora el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental.

- **Incapacidad Parcial Permanente por Lesión, Desmembramientos o Pérdida de la Visión por Accidente:**

Las indemnizaciones expuestas para la Incapacidad Parcial Permanente, se harán efectiva según el tipo de Incapacidad Parcial Permanente:

Se indemnizará al asegurado la pérdida de miembro(s) o visión según corresponda al determinado porcentaje de la Suma Asegurada, entonces se indemnizará al Asegurado lo que corresponda según tipo de incapacidad parcial permanente y factor o porcentaje de indemnización; dicha indemnización se entregará al asegurado en una sola exhibición.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder el 100% de la suma asegurada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental.

Cuando la sumatoria de porcentajes establecidos, por incapacidad por la pérdida de varios miembros u órganos, llegare como mínimo a un 80% se considerará como incapacidad total y se indemnizará el 100% de la suma asegurada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental.

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyeren una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

En caso el fallecimiento accidental o la incapacidad total permanente del asegurado se diere posterior al otorgamiento de indemnización(es) por Incapacidad Parcial Permanente, le corresponderá al o los beneficiarios o asegurado según sea el caso, la diferencia entre la Suma Asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental y el monto o sumatoria de montos indemnizado(s) por la Incapacidad Parcial Permanente.

- **Incapacidad Temporal (por Accidente)**

Cuando el asegurado se encuentre durante un tiempo limitado, imposibilitado para desarrollar su labor profesional a causa de un accidente, la Aseguradora pagará la indemnización diaria convenida en las condiciones particulares de la póliza, que no exceda de un (1) año (365 días) o hasta la extinción de la suma asegurada contratada.

El Monto máximo a Indemnizar o suma asegurada contratada para la Cobertura de Incapacidad Temporal, será hasta un máximo del 30% del Monto de Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental del asegurado afectado.

Si durante el período de pago de la indemnización, por incapacidad temporal, ocurriere el fallecimiento del asegurado o su incapacidad total permanente (en caso hubiere sido contratada) y procediere el pago de la indemnización que corresponda a cualquiera de estos beneficios, Seguros LAFISE dejará de pagar la indemnización por incapacidad temporal tan pronto como hubiere determinado el pago de la otra indemnización.

El o los monto(s) indemnizado(s) por esta cobertura adicional, se deducirá(n) de la suma asegurada a indemnizar en caso de Muerte Accidental o de la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente, según sea el caso, en el período de vigencia correspondiente.

- **Reembolso de Gastos Médicos por accidente:**

Si las lesiones sufridas por el asegurado a consecuencia directa de un accidente; requiriesen asistencia médica, la Aseguradora reembolsará los honorarios de médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos, así como los exámenes radiológicos y de laboratorios que fueren necesarios dentro de los 180 días siguientes a la fecha del accidente hasta por el total de la suma asegurada bajo esta cobertura, sujeta al deducible señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza, si lo hubiere.

1.2 RIESGOS CUBIERTOS ADICIONALES

El presente seguro cubre sin ningún costo adicional, la muerte accidental, incapacidad permanente y reembolso de gastos médicos por accidentes, que sufriere el Asegurado en las siguientes situaciones:

- a) En el ejercicio de la profesión declarada.
- b) En su vida particular.
- c) Mientras estuviese circulando o viajando, a pie, a caballo, o en bicicleta sin motor.

- d) Mientras estuviese haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo en aeronaves que pertenezcan a una línea comercial y cuyo viaje esté sujeto a itinerario fijo o de automóviles particulares, propios o ajenos, conduciéndolos o no.
- e) Mientras practica como aficionado los siguientes deportes: atletismo, baloncesto, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montaña por carreteras o senderos, gimnasia, golf, handball, hockey de campo, natación, patinaje, ping-pong, pesca a menos de cinco (5) Kilómetros de la costa, remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados) volley-ball y water-polo.
- f) Mientras practique o juegue en calidad de aficionado football, baseball, esquí acuático, polo, rodeo, rugby o boxeo aficionado.
- g) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción.
- h) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas y alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
- i) El carbunco o tétano de origen traumático.
- j) La rabia.
- k) Las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de serpientes o insectos venenosos.
- l) Los accidentes producidos a los médicos cirujanos y otras personas que como principales o auxiliares hacen profesión de la ciencia médica, cuando tales accidentes produjera infecciones microbianas o intoxicaciones originadas mediante heridas externas sufridas en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias.

CLÁUSULA No. 2. EXCLUSIONES

Las exclusiones a continuación descritas aplican para todas las coberturas, las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si la muerte del asegurado o las lesiones que sufra, se deben directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- a) Accidentes o enfermedades que se produzcan mientras el Asegurado afectado, esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, naval, de seguridad o vigilancia.
- b) Práctica profesional o amateur de fútbol, béisbol, esquí acuático, polo, pesca a más de cinco (5) kilómetros de la costa rodeo, rugby o boxeo.
- c) Viaje en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, sea en cualquier aeronave en vuelo no regular, tales como aviones privados y aerotaxis.
- d) Viaje como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.

- e) Participa como conductor o pasajero en automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia a velocidad
- f) Maneja o viaja como pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares.
- g) Lesiones que se produzcan por la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar, revolución, alborotos populares.
- h) Lesiones producidas por riña, con provocación por parte del Asegurado, o intencionalmente ocasionadas al Asegurado.
- i) Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado.
- j) Lesiones por deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aún las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas, aun cuando su origen sea accidental.
- k) Estados de demencia y perturbaciones del conocimiento, aun cuando su origen sea accidental.
- l) Intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este Contrato, o por Accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
- m) Lesiones o Accidentes que se produzcan como consecuencia directa de Enfermedades ó padecimientos preexistentes.
- n) Lesiones por infección, envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- o) Suicidio o intento de suicidio o lesiones auto infligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que las provoquen.
- p) Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- q) Accidentes que sean originados por participar en actividades como: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, parapente, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky, cualquier deporte aéreo.
- r) Accidentes que se produzca mientras el Asegurado se encuentre en estado de embriaguez, siempre y cuando en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre sea iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, mientras se encuentre en estado de sonambulismo o bajo las influencias de drogas de cualquier tipo, a menos que se le hubieran administrado por prescripción médica.
- s) Homicidio
- t) Asesinato o tentativamente de asesinato, entendiéndose por éste, el cometido en agravio del Asegurado que evidencie la voluntad de dicho tercero de privar la vida del Asegurado, existiendo alevosía, ensañamiento o interés económico.
- u) Lesiones u homicidio provocado sin importar la causa o instrumento.
- v) Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto.

- w) Lesiones en donde los tratamientos no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar en que se hubieran prescrito o brindado y aquéllos que, por su naturaleza, se consideren experimentales.
- x) Diagnósticos por quiroprácticos, acupunturistas, naturistas, micro bióticos.
- y) Aquellos cargos por gastos incurridos dentro de un establecimiento que sea propiedad del asegurado o de un familiar dentro del primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad.
- z) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- aa) Servicios o tratamientos suministrados por médicos familiares del asegurado, dentro del primer y segundo grado de consanguinidad y afinidad.
- bb) Tratamiento médicos estéticos aun cuando estos estén relacionados con un accidente cubierto de la póliza.

CLÁUSULA No. 3. FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Aseguradora y se aprueba por medio de la Solicitud firmada del Asegurado a la Aseguradora (o del Contratante, en su caso), que es la base de este Contrato.

Los documentos que conforman el contrato son:

1. Solicitud de seguro
2. Documento póliza
3. Condiciones Generales
4. Condiciones particulares
5. Certificados de la póliza

CLÁUSULA No. 4. DEFINICIONES

Cualquier palabra o expresión que haya recibido un significado específico en la póliza, en algún anexo o sección, conservará la misma definición en cualquier lugar que aparezca en la póliza, en algún anexo o sección.

- 1) **Actividad Económica:** El giro o finalidad del negocio u ocupación del Asegurado.
- 2) **Accidente:** A efectos de la cobertura se entenderá por Accidente, todo acto o hecho que se derive de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria que produce daños al Asegurado, que provoque una lesión corporal en forma de contusión y/o herida visible en la parte exterior del cuerpo (salvo en caso de ahogamiento o de lesiones reveladas por examen médico o autopsia) y que ocasionen la muerte del Asegurado o la pérdida de alguno de sus miembros, órganos o funciones, siempre que dicho acontecimiento sea producido, independientemente de cualquier otra causa, por la acción directa y violenta de causas externas y fortuitas.
- 3) **Anexo o Endoso:** Texto agregado a la póliza y autorizado por la Aseguradora para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones. Forma parte inseparable de las condiciones del contrato.
- 4) **Asegurado:** El o los nombres de las personas naturales que aparecen en las condiciones particulares como Asegurado(s) y que forma parte del grupo

asegurable.

- 5) **Beneficiario:** Las personas natural (es) o jurídica (s) que aparece en los certificados individuales; que de acuerdo con las condiciones de la póliza recibirá el pago o beneficio después de la ocurrencia de un siniestro.
- 6) **Certificado Individual:** Al documento que se emite a favor de la persona individual que se adhiere al Seguro Colectivo de Accidentes Personales.
- 7) **Condiciones Especiales o particulares:** Representan las condiciones específicas del riesgo anexa a ésta póliza y que forma parte inseparable de ella donde se detallan los datos generales del Asegurado, sumas aseguradas, primas, vigencia de la póliza, extensiones incluidas, exclusiones, condiciones y acuerdos, tasas y otros detalles.
- 8) **Contratante:** Es la empresa, institución o persona jurídica que suscribe con la Aseguradora el contrato de seguro (Póliza).
- 9) **CNBS:** Comisión Nacional de Bancos y Seguros.
- 10) **Aseguradora:** SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A.
- 11) **Grupo Asegurado:** Al conjunto de personas que, satisfaciendo las características del Grupo asegurable, están cubiertas por este Seguro Colectivo de Accidentes Personales.
- 12) **La Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras.
- 13) **Muerte Accidental:** Es el fallecimiento del Asegurado por accidente del tomador y/o Asegurado.
- 14) **Póliza:** Documento que formaliza el contrato de seguro, en el cual se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el Contratante y la Aseguradora.
- 15) **Riesgo:** Es la posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que produce una necesidad económica y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza y obliga a la Aseguradora a efectuar la prestación, normalmente indemnización que le corresponde.
- 16) **Siniestro:** Es la manifestación concreta del riesgo previsto en la póliza, y que motiva el pago del beneficio cubierto, obligando a la Aseguradora a satisfacer total o parcialmente al Asegurado y/o beneficiario, el capital garantizado en el contrato.

CLÁUSULA No. 5. LIMITES DE RESPONSABILIDAD

La suma asegurada, pagadera en caso de fallecimiento del Asegurado, será igual a la contratada, y será pagada a los Beneficiarios designados, conforme los registros que lleve éste y a su vez hayan sido avalados en su debido tiempo por la Aseguradora.

Cualquier documento que pueda tener referencia al seguro brindado por esta póliza, deberá ponerse a la disposición de la Aseguradora para fines de inspección en el momento que éste lo solicitare. La ocultación de dichos documentos o la renuencia de presentarlos, será motivo suficiente para que la Aseguradora pueda declinar cualquier reclamo basado en esta póliza.

CLÁUSULA No. 6. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Este contrato se basa en la solicitud del Asegurado y sus declaraciones complementarias, por consiguiente cualquier dato inexacto u ocultado, que conocido por la Aseguradora la hubiera retraído a emitir ésta póliza o llevado a modificar sus condiciones, producirá la nulidad del contrato, cuando el Contratante y/o Asegurado haya obrado con dolo o culpa grave; salvo que la Aseguradora al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifieste al Contratante y/o Asegurado su propósito de impugnar el contrato, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento.

El Contratante y/o Asegurado tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pidan 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 Aseguradora a pagar la indemnización.

Si el seguro concierne a varias cosas o personas el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 1137 del Código de Comercio.

Si el Contratante y/o Asegurado demuestran que procedió sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad 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 reticencia.

Si el siniestro ocurriere 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 convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

A pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, la Aseguradora no podrá resolver el contrato en los casos siguientes:

- a. Si él mismo provoca la omisión o inexacta declaración;
- b. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido;
- c. Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y

Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si el dato omitido quedase contestado con alguna otra declaración y ésta fuere omisa o inexacta en los hechos.

En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieran noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor de la

Aseguradora las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero.

CLÁUSULA No. 7. PAGO DE PRIMA

El Contratante y/o Asegurado, es el obligado directo, frente a la Aseguradora, a pagar el importe de las primas anticipadas correspondientes al Asegurado cuyos certificados se encuentren en vigor; sin embargo, esta puede ser pagada por semestres, trimestres o de forma mensual, siempre anticipadamente de acuerdo con la tarifa en uso por la Aseguradora a la fecha de emisión de la Póliza, y será el único responsable de las consecuencias por falta de pago.

El pago de la prima se acreditará en un recibo oficial de la Aseguradora firmado por los funcionarios de la misma y refrendado por el colector autorizado, manteniéndose en vigencia el seguro sólo durante el plazo que media entre tal pago y la fecha en que deba pagarse la siguiente prima.

Las primas deben pagarse el día de su vencimiento o antes, en las oficinas de la Aseguradora, o en cualquier otro lugar de la República, que la Aseguradora podrá designar para que reciban el pago de las primas a cambio de un recibo oficial de la Aseguradora debidamente firmado y refrendado.

En caso de siniestro, la obligación del pago de primas le corresponderá al Asegurado o serán deducidas de la indemnización.

CLÁUSULA No.8. VIGENCIA

El presente Contrato, iniciará su vigencia desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares a las 12:00 p.m. horas del mediodía y continuará en vigor mientras se cumplan las condiciones establecidas en la póliza, con renovación anual.

Vigencia del Certificado Individual:

La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, la cual se hará constar en el mismo y termina el día de la finalización de la vigencia de la Póliza o por la baja del Asegurado. Dicho período comienza a las doce (12) horas del día de inicio y termina a las doce (12) horas del día de finalización de la vigencia del Certificado.

CLÁUSULA No. 9. BENEFICIARIOS

Siempre que no existiere restricción legal en contrario, cualquier Asegurado podrá hacer nueva designación de beneficiario, mediante notificación escrita a la Aseguradora, notificación que debe hacerse por medio del Contratante y/o directamente en la Aseguradora.

En caso de que la notificación no se recibiere antes del fallecimiento del asegurado, la Aseguradora pagará el importe del seguro al último beneficiario de que hubiere tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para la Aseguradora.

Cuando hubiere varios beneficiarios, la parte del que muere antes que el asegurado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se hubiera estipulado otra cosa.

Cuando no exista beneficiario designado, el valor del seguro formará parte del haber hereditario del asegurado, y, por consiguiente, se pagará a sus herederos testamentarios o; en su defecto, a quienes fueren declarados sus herederos en el juicio sucesorio correspondiente. La misma regla se observará en caso de que el beneficiario y el asegurado mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el segundo y no existieran designados beneficiarios sustitutos.

CLÁUSULA No. 10. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante informar a la Aseguradora dentro los primeros Díez (10) días hábiles de cada mes:

1. El Contratante pagará a la Aseguradora en la fecha pactada, las primas que resulten de aplicar las tarifas mensuales por millar detalladas en las Condiciones Particulares de la póliza al monto total de las sumas aseguradas que correspondan a los certificados emitidos, vigentes y de acuerdo a la forma de pago acordada.
2. Presentar a la Aseguradora el Listado de Asegurados, incluyendo en el mismo la información general del cliente para el registro correspondiente en la base de datos de la Aseguradora, como ser nombre completo, número de tarjeta de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, dirección o domicilio, correo electrónico, número de teléfono fijo y móvil.
3. Los Asegurados que posteriormente a la celebración de este Contrato reúnan las condiciones de admisión, quedarán aseguradas a partir del día en que se cumplan las Condiciones dadas anteriormente y por la suma que corresponda para tales efectos.
4. Se obliga a enviar las solicitudes correspondientes a los nuevos ingresos a la póliza y a realizar la entrega del certificado correspondiente al Asegurado.
5. Informará las bajas o cancelaciones que se le requieran por parte de los asegurados en sus oficinas a la Aseguradora, quien procederá a la cancelación y devolución de primas a prorrata temporis en caso de que aplique. Así mismo las modificaciones de suma asegurada y/o beneficiario y las solicitudes formales de los mismos.
6. Enviar con la solicitud de renovación una lista actualizada de los miembros a asegurarse detallando nombres y apellidos, número identificación, fecha de nacimiento y Suma Asegurada solicitada.

10.1 ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

10.2 Altas de Asegurados:

Cada miembro elegible que se encuentre en servicio activo y que haya llenado su Consentimiento, en el formulario aprobado por la Aseguradora, para participar en el

plan de Seguros y que acuerde pagar las contribuciones requeridas, si corresponde, quedará Asegurado a partir del momento en que La Aseguradora reciba el Consentimiento y lo notifique al solicitante, sujeto a las estipulaciones que se indican a continuación:

Un miembro es activo cuando se encuentra formando parte, legalmente, del Grupo Asegurable y que no se encuentre incapacitado o limitado por cualquier causa para efectuar sus labores diarias.

La Aseguradora cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. La Prima por cada miembro asegurado, se determinará tomando en cuenta meses completos, a partir del mes siguiente al que causó alta.

10.3 Bajas de Asegurados:

Las coberturas particulares de un Asegurado conforme esta Póliza cesarán automáticamente:

- a) Si perdiera su calidad de miembro elegible para el Seguro.
- b) Por concluir su afiliación al Grupo Asegurable.
- c) Si caduca esta Póliza.
- d) Si el Asegurado deja hacer en su oportunidad cualquier contribución requerida.
- e) En la edad indicada en la Póliza.

En cualquiera de estos casos, la parte de la prima que resultare no devengada será restituida al Contratante por La Aseguradora, quien, si procede, la devolverá a la persona que se retira del seguro. La prima no devengada por cada miembro asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta meses completos, devengando La Aseguradora la prima correspondiente al mes durante el cual causó la baja.

CLÁUSULA No. 11. PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Se establece como prohibiciones para el Contratante las siguientes:

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

CLÁUSULA No. 12. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca, a efecto de que ésta fije la sobre prima que pueda resultar en caso de aceptación del riesgo agravado. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora en lo sucesivo, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de dicho accidente, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que presumiblemente el mismo accidente hubiere producido sin la mencionada causa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA No. 13. AVISO DEL SINIESTRO

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Contratante y/o los beneficiario (s), deben dar aviso por escrito a la Aseguradora inmediatamente de haberse producido cualquiera de los riesgos amparados, indicando la fecha, hora y circunstancias que los hayan producido, para lo cual gozarán de un plazo máximo de cinco (5) días hábiles calendario para dicho 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, el asegurador quedará liberado de sus obligaciones como tal.

El o los beneficiarios deberán comprobar el reclamo, utilizando los formularios que para tal objeto les pueda proporcionar la Aseguradora y de acuerdo con las instrucciones en ellos contenidas. Así mismo, éstos estarán obligados a presentar a la Aseguradora, cualquier otro documento que se les requiera con el objeto de comprobar el reclamo.

En caso de fallecimiento accidental deberá presentar:

El Contratante y/o beneficiario (s) según sea el caso, proporcionarán los siguientes documentos:

- a) Notificación del Contratante y/o beneficiario (s) reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- c) Certificado de Defunción.
- d) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de Identidad del Asegurado y beneficiarios.
- e) Certificado de defunción del médico y/o hospital
- f) Copia del Certificado de la Dirección de medicina forense departamento de patología forense
- g) Certificado de la Autopsia original.
- h) Certificado del levantamiento del cadáver original.

- i) Constancia original de la autoridad competente
- j) Recortes de periódicos (si los hay)

En caso de Incapacidad deberá presentar:

- k) Notificación del Contratante y/o beneficiario (s) reportando el siniestro.
- l) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- m) Certificación médica del último médico tratante u hospital, copia del expediente clínico.
- n) En caso de gozar de Seguro Social, presentar el dictamen de la Junta de Invalidez.
- o) Informe original de parte de tránsito en caso de que sea Accidente vehicular.

Cualquier otro documento que requiera la Aseguradora para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

El Contratante o el asegurado accidentado deberán hacer llegar a la Aseguradora, dentro del plazo de aviso, un certificado médico expresando la causa y la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias conocidas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

Para las coberturas que aplica reembolso, tener presente que, en cumplimiento a las leyes tributarias del país, todo gasto que implique reembolso debe ser presentado con facturas originales que sean emitidas de acuerdo a las leyes vigentes para la tributación en Honduras. Se aceptarán los costos razonables y acostumbrados.

En los casos que por razones ajenas o no imputables al Asegurado ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificaciones por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los documentos requeridos en el plazo otorgado en esta Cláusula, o si se demuestra ante la Aseguradora la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

La Aseguradora se reserva el derecho de hacer examinar al accidentado por un médico de su confianza, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección del hospital en que se encuentre internado el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. En caso de incapacidad el asegurado se obliga a someterse a los exámenes requeridos por la Aseguradora para este objeto, entendiéndose que la negativa del Asegurado, de sus familiares o beneficiarios, faculta a la Aseguradora para declinar la reclamación por ese solo escrito al Asegurado. Los plazos antes mencionados podrán ampliarse por la Aseguradora, siempre que se demostraré la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

En casos fatales, la Aseguradora se reserva el derecho de exigir la exhumación y/o autopsia del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo los Beneficiarios o herederos prestar su colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La exhumación y/o autopsia se efectuará con citación de los herederos, quienes podrán designar un médico para representarlos.

Todos los gastos ocasionados por las gestiones a que se refiere este inciso serán por cuenta de la Aseguradora, exceptuando los honorarios del médico representante de los herederos.

La indemnización se realizará conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA No. 14. TERMINACIÓN ANTICIPADA

- a. Cuando el grupo Asegurado llegue a representar menos de cinco (5) asegurados.
- b. La cobertura de la póliza terminará anticipadamente respecto a un Asegurado, en el instante que deje de pertenecer, formar parte o tener el vínculo con la Aseguradora.
- c. Al cumplimiento de la terminación de la vigencia del contrato, sin que haya sido renovado de conformidad con lo estipulado en la cláusula No.15.Renovacion.
- d. Por el pago de indemnización de la suma asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- e. Cuando el Asegurado solicite por escrito la cancelación de la Póliza de Seguro.
- f. No obstante, el plazo de vigencia de esta póliza, las partes convienen en que ésta podrá darse por terminada en cualquier momento mediante aviso por cualquier medio escrito o electrónico con acuse o comprobación de recibo, dirigido a la contraparte. En caso que La Aseguradora cancele la póliza, ésta no podrá hacerse efectiva antes de transcurridos quince días después de recibida la comunicación por El Contratante o El Asegurado, salvo en el caso de cancelación por falta de pago de la prima.
- g. Cuando el Contratante requiera la terminación anticipada a la vigencia, se realizará la devolución de prima a prorrata temporis.

TARIFA DE CORTO PLAZO			
No. De Meses	% Prima Anual	Prima Mínima	
2 meses	40%	L.	200.00
3 meses	50%	L.	250.00
4 meses	60%	L.	300.00
5 meses	70%	L.	350.00
6 meses	75%	L.	400.00
Más de 6 meses	100%	L.	600.00

CLÁUSULA No. 15. RENOVACIÓN

Esta póliza es de vigencia anual y la prima vencerá el día que se indica en las Condiciones Particulares a las 12:00 horas del mediodía, podrá ser renovada por otro período igual y bajo las mismas condiciones o aquellas que establezca La Aseguradora, siempre que el Asegurado o Contratante lo solicite por escrito con 30 días de anticipación al vencimiento de la póliza,

La renovación no procederá si la edad alcanzada del Asegurado se encuentra fuera de los límites de aceptación indicados en la Cláusula No. 23. Edad.

CLÁUSULA No. 16. PRESCRIPCIÓN

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

El plazo 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 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 las partes relacionado directa o indirectamente con este contrato, ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de conciliación 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. 18. COMUNICACIONES

Las notificaciones que se hagan al Contratante y/o Asegurado surtirán efecto siempre que se hagan en el último domicilio que el propio Asegurado haya hecho saber a La Aseguradora. Las declaraciones o notificaciones relacionadas con el presente contrato deberán hacerse a La Aseguradora, por escrito o en texto impreso, precisamente en su dirección o en la de sus sucursales la cual se señala en este contrato.

En el caso de que el contrato haya sido celebrado a través de un agente autorizado por La Aseguradora, regirá lo establecido por el artículo 1113 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 19. TERRITORIALIDAD

Esta póliza no tiene limitación de cobertura territorial al momento de la ocurrencia del siniestro.

CLAUSULA No.20. TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE

COBERTURA	PORCENTAJE	
1.- INCAPACIDAD TOTAL		
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo y ocupación por el resto de su vida.	100%	
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100%	
Pérdida total e irre recuperable de la visión de ambos ojos	100%	
2.- INCAPACIDAD PARCIAL		
2.1.- Cabeza	%	
Sordera total e incurable de los dos oídos	50%	
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal.	40%	
Sordera total e incurable de un oído.	15%	
Ablación de la mandíbula inferior.	50%	
2.2.- Miembros Superiores	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida total de un brazo.	65%	52%
Pérdida total de una mano.	60%	48%
Fractura consolidada de una mano (pseudoartrosis total).	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional.	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15%	12%
Pérdida total del pulgar.	18%	14%
Pérdida total del índice.	14%	11%
Pérdida total del medio.	9%	7%
Pérdida total del anular o del meñique.	8%	6%
2.3.- Miembros Inferiores		
Pérdida total de una pierna.	55%	55%
Pérdida total de un pie.	40%	40%
Fractura no consolidada de un fémur. (pseudoartrosis total)	35%	35%
Fractura no consolidada de una rótula.(seudoatrosis total)	30%	30%
Fractura no consolidada de un pie. (seudoartrosis total)	20%	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40%	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20%	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.	30%	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15%	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.	15%	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional.	8%	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms.	15%	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms.	8%	8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie.	8%	8%
Pérdida total de otro dedo de un pie.	4%	4%

Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La pérdida parcial de los miembros y órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo que se hubiera producido por amputación total y anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratara del pulgar, y al tercer parte, por cada falange, si se tratara de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros y órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para muerte accidental. Cuando la incapacidad así establecida llegará al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente el 100% de la suma asegurada.

En caso de constar en la solicitud que el asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijadas para la pérdida de los miembros superiores.

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyeren una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

CLÁUSULA No. 21. EDAD

Las edades de admisión para la cobertura de muerte accidental de este seguro son de quince (15) a sesenta y cinco (65) años con extensión de cobertura hasta los setenta (70) años.

La edad declarada por el asegurado, en la solicitud de seguro deberá comprobarse legalmente cuando la Aseguradora lo juzgue necesario. Si al ocurrir un accidente amparado por esta póliza, de esa comprobación resultare que la edad verdadera del asegurado es diferente que la declarada se procederá de la siguiente manera:

- I. Si dicha edad se encuentra dentro de los límites del contrato, el importe de los beneficios se modificará a las sumas aseguradas que con la prima cubierta se hubiere podido adquirir de acuerdo con la edad verdadera y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato, sin que el importe pueda sobrepasar las sumas descritas en las condiciones particulares.
En caso en que el importe de las sumas aseguradas sobrepase las sumas descritas en las condiciones particulares, la Aseguradora sólo tendrá la obligación de devolver las primas pagadas de más.
- II. Si la edad verdadera del asegurado se encuentra fuera de los límites el contrato quedará automáticamente rescindido y la obligación de la Aseguradora se reducirá a devolver únicamente el 70% de las primas anuales del período en que el asegurado estuvo con edad fuera de los límites de admisión o renovación, reservándose el 30% por concepto de gastos.

CLÁUSULA No. 22. REHABILITACIÓN

Si la póliza caduca por falta de pago de primas, puede ser rehabilitada en cualquier época durante el período de cobertura, respetando la vigencia originalmente pactada, siempre que reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por La Aseguradora, que el Asegurado Principal lo solicite por escrito y que se obligue a cumplir el plan de pagos que se fije para el efecto.

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que La Aseguradora, comunique por escrito al Asegurado Principal haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

CLÁUSULA No.23 PERÍODO DE GRACIA

La Aseguradora establece el plazo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima, dentro del cual se extiende la cobertura aún y cuando se encuentre pendiente el pago de prima correspondiente, la cual se deducirá del Beneficio a entregar en caso de que ocurriera el siniestro.

Si al concluir el periodo de gracia, la prima no ha sido pagada, la presente Póliza y en consecuencia sus certificados individuales expirarán.

CLÁUSULA No. 24. REHABILITACIÓN

Si la póliza caduca por falta de pago de primas, puede ser rehabilitada en cualquier época durante el período de cobertura, respetando la vigencia originalmente pactada, siempre que reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por La Aseguradora, que el Asegurado lo solicite por escrito y que se obligue a cumplir el plan de pagos que se fije para el efecto.

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que La Aseguradora, comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

CLAÚSULA No. 25. DEDUCIBLE

En caso de siniestro que amerite indemnización, el Asegurado siempre participará con el porcentaje o monto indicado en esta póliza en las condiciones particulares y especificación del riesgo o casilla de condiciones especiales, como "deducible".

Para los efectos de la participación anterior, el Asegurado deberá hacer efectivo el valor del pago del deducible correspondiente.

En caso que se presente reclamo afectando la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos; se le aplicará a la indemnización, **el valor indicado en las condiciones particulares de la póliza**, el cual será asumido por el asegurado en cada evento. Dicha indemnización no excederá el límite máximo de la suma asegurada para esta cobertura.

CLÁUSULA No. 25 MONEDA

El producto se comercializará en Lempiras (moneda oficial de la República de Honduras) o en Dólares Estadounidenses, por lo tanto las primas o cualquier dinero

que ingrese por parte del cliente y siniestros que Seguros LAFISE, tenga que pagar, deberán ser cursados en la moneda en la cual se haya el seguro y se exponga en las Condiciones Particulares.

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar este Contrato, serán liquidadas según la moneda de contratación del seguro expuesta en las Condiciones Particulares; es decir, serán liquidables en lempiras moneda oficial de la República de Honduras o Dólares Estadounidenses; según se haya contratado el seguro y expuesto en las Condiciones Particulares.

La Prima Comercial y Prima a Cobrar (facturar al cliente), deberán estar expresados en las mencionadas monedas; según se haya contratado el seguro y expuesto en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA No. 26. CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Aseguradora emitirá un certificado de seguro para cada Asegurado, en el que se harán constar la información y datos relativos al seguro y, además, contendrá aquellas condiciones/cláusulas de la póliza que tengan relación con El Asegurado.

Los Certificados serán entregados al o los Asegurado(s) por intermedio del Contratante.

El o los Asegurado(s), por medio del Contratante. Podrán solicitar a La Aseguradora, por correo certificado y con acuse de recibo, la anotación en los respectivos certificados de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos.

CLÁUSULA No. 27. REPOSICIÓN

En caso de destrucción, extravío o robo de ésta póliza o de algún certificado de seguro, la Aseguradora emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Contratante, los cuales deberán cubrir el importe de los gastos de reposición.

CLÁUSULA No. 28. REGLA PARA DETERMINACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Para determinar la suma asegurada de cada miembro, se aplicará la regla que se indique en las Condiciones Particulares.

La regla podrá ser:

- 1 - Suma fija o por rangos predefinidos por el contratante.
- 2 - Tantas veces el salario del colaborador asegurado.

CLAUSULA No.29. PÓLIZA DE SEGURO Y ORDEN DE PRELACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Adicionalmente y para una adecuada interpretación de la Póliza de Seguro, se dispone el siguiente orden de prelación de la documentación: Las Condiciones Particulares y Certificados de Póliza tienen prelación sobre las Condiciones particulares; las Condiciones particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y la Condiciones Generales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro, cuestionarios o declaraciones realizadas por el Asegurado.

CLÁUSULA No. 30. 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 el 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.

Esta cláusula 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 Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA No. 31. 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.