

SEGURO DAVIDA PROTECCIÓN FAMILIA 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

Los riesgos cubiertos son los estipulados en las condiciones generales del contrato – póliza presentada para el registro del Producto. En general el Producto cubrirá los siguientes riesgos:

- a) **Básica por fallecimiento**
- b) **Gastos Fúnebres por fallecimiento del Asegurado**
- c) **Coberturas Adicionales:**

-Pago anticipado del capital por invalidez Total y Permanente (PASIT),

-Cobertura de Enfermedades Graves y Beneficio de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad.

El Programa de Coberturas está constituido por las siguientes coberturas descritas en las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente póliza:

1.1 COBERTURA BASICA POR FALLECIMIENTO.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, Seguros Bolívar Honduras, S.A., (Davivienda Seguros) en adelante denominado la Compañía, a través de la institución financiera, pagará al o a los beneficiario(s) designados la suma asegurada.

1.2 GASTOS FUNEBRES.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía de Seguros reembolsara los Gastos Fúnebres a quien demuestre haber incurrido en ellos hasta por el 10% de la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Vida. En caso de que los gastos incurridos y demostrados objetivamente fueran inferiores a dicho 10%, el excedente se entregará al o los beneficiarios designados.

1.3 COBERTURAS ADICIONALES. A continuación, se describen todas las Coberturas Adicionales a la Cobertura Básica por Fallecimiento, pero solamente tendrán efectividad las que aparecen identificadas por el Programa de Coberturas de la Carátula de la Póliza.

1.3.1 COBERTURA DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO 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, la compañía de seguros anticipará al Asegurado en forma de renta mensual durante un período de veinticuatro (24) meses, la Suma Asegurada.

DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se considerará **INVALIDEZ TOTAL** cuando el Asegurado esté incapacitado físicamente para dedicarse a cualquier actividad, trabajo u ocupación y se considerará como **PERMANENTE** cuando razonablemente no pueda esperarse la recuperación de la capacidad del Asegurado para el resto de su vida.

Se considerará específicamente como Invalidez Total y Permanente:

- a) La pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos;
- b) La pérdida total de ambas manos;
- c) La pérdida total de ambos pies;
- d) La pérdida total de una mano y un pie conjuntamente;
- e) La pérdida total de una mano o un pie y la vista de un ojo.

Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. Entendiéndose por amputación de una mano o un pie su separación a nivel de la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente, o arriba de ella.

PERIODO DE ESPERA

El derecho que otorga esta Cobertura comenzará a surtir efecto una vez que el Asegurado cumpla seis (6) meses en estado de invalidez total y continua. Este período no opera en los casos de las pérdidas orgánicas que se mencionan en la definición de invalidez total y permanente.

PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO

La indemnización establecida para esta Cobertura se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas legalmente aceptadas de que el Asegurado ha sufrido el estado de invalidez total y permanente debido a un evento ocurrido durante el período de vigencia de esta cobertura.

COMPROBACIÓN DE PERMANENCIA DEL ESTADO DE INVALIDEZ

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

Si el Asegurado falleciese encontrándose incapacitado antes de percibir el número total de rentas convenidas, las rentas mensuales pendientes serán pagadas a los beneficiarios designados en un solo pago.

Queda convenido que los efectos de esta póliza cesarán al completarse el pago total de las rentas mensuales convenidas.

1.3.2 COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

En caso de que el asegurado llegare a padecer una o más de las enfermedades que más adelante se definen, la Compañía de Seguros anticipará hasta el 50% de la suma asegurada.

DEFINICIONES DE ENFERMEDADES GRAVES

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

- 1. INFARTO AL MIOCARDIO:** La muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de una inadecuada irrigación de sangre, por obstrucción de la arteria correspondiente, generalmente a consecuencia de una trombosis o embolia, evidenciado por el típico dolor de pecho, la aparición reciente de modificaciones electrocardiográficas peculiares y elevación de las enzimas cardíacas.
- 2. REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BY-PASS):** Es la cirugía realizada para corregir la estenosis o la oclusión de las arterias coronarias, con al menos un doble puente coronario evidenciado por el resultado de una angiografía.

El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la Compañía de Seguros, se excluyen la angioplastia, tratamiento por láser y todas las técnicas que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.

3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Significa cualquier incidente cerebral vascular que dé lugar a secuelas que duren más de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extracraneana. Se excluyen los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

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

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

PERIODO DE ESPERA

El derecho que otorga esta Cobertura sólo surtirá efecto si los primeros síntomas de tales enfermedades son diagnosticados por primera vez y en forma definitiva por un Médico Especialista legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión después de ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de vigencia del Seguro, excepto si la póliza hubiese sido renovada en forma inmediata y consecutiva.

PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO

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

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

REDUCCIÓN DE SUMA ASEGURADA POR SINIESTRO

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

1.3.3 BENEFICIO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Si, como resultado de la lesión o el comienzo de la enfermedad, el Asegurado se viera necesariamente recluso dentro de un hospital como paciente hospitalizado mientras que este beneficio estuviera vigente y bajo la atención continua de un Médico, la Compañía pagará el beneficio diario indicado en la solicitud - certificado de la póliza, por cada día que el Asegurado continuara estándolo, hasta un máximo de sesenta (60) días por evento, comenzando inmediatamente después del período de eliminación (si los hubiere) indicado en la solicitud - certificado. El Asegurado deberá permanecer hospitalizado al menos por un período de veinticuatro (24) horas consecutivas.

PERIODOS SUCESIVOS DE RECLUSIÓN EN HOSPITAL

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

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

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

El reclamante deberá presentar a La Compañía, a través del Contratante, todas las pruebas del hecho que genera la obligación derivada del seguro y del derecho que tiene de solicitar el pago.

Al presentarse alguna reclamación de seguro, La Compañía tendrá el derecho de

verificar todos los hechos relacionados con el siniestro y de solicitar al Asegurado, a través del Contratante, toda clase de información referente al siniestro a fin de determinar sus causas, circunstancias y consecuencias.

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

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

CLAUSULA No. 2 EXCLUSIONES

Exclusiones o Limitaciones: Las exclusiones y limitaciones son las estipuladas de manera general en las condiciones generales del Contrato-póliza presentada para registro y que se detallan para cada una de las coberturas.

2.1 COBERTURA VIDA

No se ampara el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- a) Suicidio o lesiones provocadas por el propio Asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que la provoquen, si ocurre durante los primeros dos (2) años de vigencia de la póliza;
- b) Guerra declarada o no, revolución o participación directa del Asegurado en motines, huelgas o tumultos populares;
- c) Participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales;
- d) Carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos;
- e) Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo; y
- f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), las partes convienen y así se estipula, que no obstante leyes especiales y lo que prescribe el artículo 1106 de Código de Comercio de Honduras, esta póliza de seguro de vida, no cubre ni indemnizará las reclamaciones por gastos médicos o muerte, ambos acontecimientos relacionados o

como consecuencia del SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), independientemente que dicha enfermedad haya sido adquirida antes o después de la suscripción del presente contrato de seguro de vida.

- g) **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.**

2.2 EXCLUSIONES COBERTURA DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO 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 provoque.**
- c) **Cualquier enfermedad mental.**
- d) **El desempeño de funciones policíacas, el servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
- e) **Participación directa del asegurado en actos delictivos intencionales.**
- f) **Riña, en la que el Asegurado haya sido el provocador.**
- g) **Carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos.**
- h) **Accidentes 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 de algún enervante, estimulante o similar; excepto si fueron prescritos por un médico;**
- 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.

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

2.3 EXCLUSIONES COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

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

- a) Actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrecciones; por hechos delictivos intencionales imputables al Asegurado o por lesiones que éste sufra al participar en carreras, pruebas o contiendas de velocidad en cualquier clase de vehículos.
- b) La influencia de algún enervante, estimulante o similar; excepto si fueron prescritos por un médico.
- c) 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.
- d) Tentativa de suicidio, así como lesiones provocadas por el propio asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- e) Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.
- f) Enfermedades preexistentes o padecimientos congénitos.
- g) Enfermedades distintas a las definidas en esta cobertura.

Los siguientes cánceres quedan excluidos de esta Cobertura:

- a) Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2, CIN-3) o aquellos considerados por histología como pre malignos;
- b) Los melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark;
- c) Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;
- d) Todos los carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando se trate de

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.03/08-02-2024.

diseminación hacia otros órganos;

- e) Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 incluyendo T1(a) o T1(b) del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer, o de cualquier otra clasificación equivalente o menor;
- f) El Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.

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

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

- a) Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, a no ser que el aborto o complicación sea consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.
- b) Exámenes físicos o de rutina o cualesquier otros, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorios o exámenes de rayos x; excepto en el curso de una Incapacidad establecida por atención de un médico.
- c) Suicidio o tentativa de suicidio esté o no el Asegurado en su sano juicio.
- d) Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente.
- e) Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación a las mismas.
- f) Cualquier desorden mental, nervioso o curas de descanso.
- g) Alcoholismo, influencia de bebidas alcohólicas, uso de narcóticos o estupefacientes y tratamiento de los mismos; siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, a menos que éstas sean bajo prescripción médica.
- h) Pérdida ocasionada por guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, poder militar o usurpado y servicio en las Fuerzas Armadas o en la Policía;
- i) Procesos médicos relacionados con el virus HIV o SIDA. Para propósitos de esta cláusula el término “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida HIV o SIDA” tendrá las definiciones asignadas por la Organización Mundial de la Salud;
- j) Procesos quirúrgicos programados con anterioridad a la vigencia de esta cobertura o reclusión hospitalaria resultante de enfermedades o lesiones corporales preexistentes al momento de suscribir la póliza, si la hospitalización ocurre durante los primeros dos (2) años de vigencia de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad.

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.03/08-02-2024.

f) Las mordeduras de animales o picaduras de insectos o sus consecuencias.

CLAUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Esta Póliza y los anexos adheridos a la misma, si los hubiere, la oferta de seguro presentada por el Asegurado a la Compañía de Seguros y sus declaraciones complementarias, constituyen el contrato completo de seguro.

CLAUSULA No. 4 DEFINICIONES

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

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

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

2). ASEGURADO: La o las personas que están cubiertas por los beneficios proporcionados por esta Póliza.

3). 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.

4). CONTRATANTE: Es la persona natural o jurídica que suscribe con La Compañía una póliza de Seguros, y es responsable ante La Compañía de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto del seguro.

5). 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.

6). HOSPITAL: Es un establecimiento que cumpla con todos los siguientes requisitos: (1) Tenga licencia de hospital; (2) Opere principalmente para la recepción, cuidado y tratamiento de personas enfermas, achacosas, traumatizadas o heridas como pacientes internos; (3) Proporcione servicios de enfermería 24 Horas al día por enfermeras registradas o graduadas; (4) Cuento con un personal de dos o más médicos disponibles en todo momento; (5) Tenga instalaciones organizadas para el diagnóstico y las principales intervenciones quirúrgicas; (6) No sea principalmente una clínica, asilo, lugar de descanso o para convalecientes u otro establecimiento similar y no sea, salvo incidentalmente, un lugar para alcohólicos, o drogadictos; (7) Mantenga equipo de rayos-X e instalaciones de quirófano.

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

8). INDEMNIZACIÓN DIARIA: El monto que la Compañía de Seguros pagará al asegurado cuando se den las condiciones de cobertura prescritas en este beneficio considerando el valor diario convenido, el cual se expresa en la solicitud - Certificado de la póliza, y de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en estas Condiciones Generales.

9). 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.

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

11). PERÍODO DE ELIMINACIÓN: Es el número de días consecutivos, como aparece (si los hubiere) en la solicitud – certificado del beneficio, comenzando el primer día en que el Asegurado estuviera hospitalizado, para los cuales este beneficio no procede.

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

13). 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.

14). COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS (CNBS)

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.

15). LA LEY

Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLAUSULA No. 5 LIMITES DE RESPONSABILIDAD

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

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

Este Contrato se expide con la condición de que el pago de la prima convenida es anual y anticipada, contra débitos automáticos a la cuenta en la institución financiera del Asegurado. El Asegurado puede solicitar realizar el pago de la prima anual en forma fraccionada por períodos semestrales, trimestrales o mensuales, siempre anticipadamente.

CLAUSULA No. 8 VIGENCIA

La vigencia de este Contrato será anual, efectiva a partir del día siguiente al de su expedición y se renovará automáticamente al final de cada año de vigencia, salvo que el Asegurado solicite por escrito con por lo menos treinta (30) días de anticipación a su vencimiento, el deseo de no renovarlo.

CLAUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El Asegurado deberá notificar por escrito el cambio a la Compañía a través de la institución financiera indicando el nombre del nuevo beneficiario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

El Asegurado podrá renunciar en forma irrevocable al derecho de cambiar la designación de beneficiario, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y la Compañía a través de la institución financiera, y que conste en la presente póliza.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado y no se hubiera hecho nueva designación.

CLAUSULA No. 10 AGRAVACION DEL RIESGO

Si el Asegurado cambiara su ocupación habitual o ejerciera su profesión en condiciones distintas de las que indicó en su oferta; estableciera su domicilio definitivo en el extranjero o sufriera alguna otra condición que constituya una agravación esencial del riesgo deberá comunicarlo a La Compañía mediante carta certificada u otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca.

Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía en lo sucesivo.

Se presumirá siempre que la agravación es esencial cuando: se refiere a un hecho importante para la apreciación del riesgo, que, de haberlo conocido La Compañía al celebrar el Contrato, lo habría contratado en condiciones diferentes; y, que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas o cosas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que la Compañía las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones. Subsistirá sobre todas las personas o cosas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el Asegurado paga a la Compañía las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

CLAUSULA No. 11 AVISO DEL SINIESTRO

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

La Compañía, a través de la institución financiera, 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. Los documentos originales a presentar para el análisis y pago de la reclamación son:

POR FALLECIMIENTO

- a) Contrato de seguro (solicitud-certificado).
- b) Certificación de acta de defunción.
- c) Certificación médica, expedida por el médico que atendió al Asegurado en su última enfermedad.
- d) Certificación o parte de la autoridad competente.
- e) DNI o certificación del acta de nacimiento del Asegurado.
- f) DNI o certificado del acta de nacimiento de los beneficiarios.
- g) Certificación de tutoría legal (en caso de beneficiarios menores de edad).
- h) Formulario de reclamación de la Compañía; y
- i) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- a) Contrato de seguro (solicitud-certificado)
- b) DNI o certificado del acta de nacimiento.
- c) Certificación médica de la incapacidad total y permanente.
- d) Formulario de reclamación de la Compañía.
- e) Pruebas y exámenes médicos que la Compañía requiera; y
- f) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

POR ENFERMEDADES GRAVES

- a) Contrato de seguros (solicitud-certificado).
- b) DNI 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) Formulario de reclamación de la Compañía.
- e) Pruebas y exámenes médicos que la Compañía requiera; y
- f) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

POR RENTA DIARIA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

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

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

- a) Escrito de reclamación que comunique de manera inmediata el estado de paciente hospitalizado del Asegurado.
- b) DNI o certificación del acta de nacimiento.
- c) Constancia médica original debidamente sellada y firmada, extendida en papel membretado del Hospital, donde indique el diagnóstico y la cantidad de noches que el Asegurado estuvo hospitalizado.
- d) Fotocopia de la factura debidamente cancelada al hospital por los servicios médicos recibidos incluyendo los días de Hospitalización; exceptuando aquellos casos en que los servicios médicos fueron suministrados: d1.- En un Hospital que pertenezca o sea manejado por el Gobierno o por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); y, d2.- Por cualquier otro Hospital por cuya asistencia médica el Asegurado no tiene que pagar.

CLAUSULA No. 12 TERMINACIÓN ANTICIPADA

La vigencia de este Seguro termina:

- a) Por solicitud del Asegurado, manifestada por escrito a la institución financiera en cualquier vencimiento de primas y devolviendo el presente Contrato de Seguro para su anulación.
- b) Por falta de pago de la prima convenida dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de cada vencimiento.
- c) Al fin del aniversario de la póliza en que el asegurado cumpla los setenta (70) años de edad.
- d) Al dejar de ser cliente de la institución financiera.
- e) Por fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado.
- f) Por solicitud de la institución financiera.

CLAUSULA No. 13 RENOVACIÓN

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

CLAUSULA No. 14 PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con el Artículo 1156 del Código de Comercio de la República de Honduras, todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en los Artículos 1157 y 1159 del mismo Código.

CLAUSULA No. 15 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Institución de seguros y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento, o términos del seguro, podrán ser resueltos, a opción de las partes, por la vía de conciliación, arbitraje o por vía judicial.

El sometimiento a uno de estos procedimientos, será de cumplimiento obligatorio hasta obtener el auto 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. 16 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito a través del Contratante, a las oficinas de La Compañía en su domicilio social. Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

CLAUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD

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

CLAUSULA No. 18 SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, cualquiera haya sido su causa y el estado mental o físico, la Compañía pagará a los beneficiarios la cobertura básica por fallecimiento, excepto cuando el suicidio ocurra dentro de los primeros dos (2) años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza; en este caso la responsabilidad de la Compañía se limitará al pago de la porción de prima no devengada a partir de la fecha de suicidio.

CLAUSULA No.19 PERIODO DE GRACIA

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

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

Si dentro del período de gracia, ocurre cualquier evento amparado por el programa de coberturas, la Compañía procederá al pago de la indemnización correspondiente y a deducir de ella, el total de las primas pendientes de pago para completar el año - póliza.

CLAUSULA No.20 REHABILITACIÓN

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

CLAUSULA No.21 INDISPUTABILIDAD

Este contrato será indisputable a partir de la fecha en que cumplan dos (2) años desde el inicio de su vigencia, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado, y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para anularlo o rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración.

Si el Asegurado solicitara incrementos en la suma asegurada de la póliza, éstos también serán disputables durante los dos (2) primeros años, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de los mismos, en vida del Asegurado.

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

CLAUSULA No. 22 VALORES GARANTIZADOS

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

CLAUSULA No. 23 MONEDA

Esta Póliza ha sido pactada en Lempiras, en consecuencia, todos los pagos a que haya lugar por esta Póliza se efectuarán en dicha moneda.

CLAUSULA No. 24 EDAD

Serán elegibles para este producto las personas que posean una edad entre 18 años mínimo y 64 año máximo. Sin embargo, la Compañía someterá cualquiera otra solicitud de aseguramiento a los procesos de análisis y suscripción para considerar la asegurabilidad de un prospecto fuera de esos rangos de edad, lo que incluirá el análisis del riesgo moral, financiero y otras características del potencial asegurado.

La edad máxima de renovación será a los setenta (70) años de edad.

CLAUSULA No. 25 MODIFICACIONES

Todo cambio o modificación a este contrato deberá ser solicitado por escrito por el Asegurado, el cual una vez aceptado se hará constar en anexo debidamente firmado por un funcionario autorizado por el contratante.

CLAUSULA No. 26 PERIODO DE CARENCIA

Este producto dadas sus características únicamente contempla el establecimiento de los siguientes periodos de carencia:

- a) Para la cobertura adicional de enfermedades graves, a partir de la fecha en que los primeros síntomas de la enfermedad fueron diagnosticados por primera vez y en forma definitiva después de los ciento ochenta (180) días de vigencia de la cobertura del seguro.
- b) Para la cobertura adicional por Invalidez Total y Permanente un periodo de seis (6) meses después del inicio de ese estado.

CLAUSULA No. 27 CONVERSIÓN

Los Asegurados menores de sesenta y cuatro (64) años que se retiren del grupo asegurado y que hayan permanecido asegurados ininterrumpidamente por lo menos durante un (1) año, tendrán derecho a solicitar dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que dejó de pertenecer al grupo asegurado, la conversión a una póliza de Seguro de Vida Individual sin necesidad de pruebas de asegurabilidad, en cualquiera de los planes vigentes en la Compañía por una suma asegurada menor o igual a la de este contrato pero sin beneficios adicionales. La prima de la nueva póliza será la que corresponda a la clase del riesgo asumido, al importe del seguro, al plan y a la edad del Asegurado en su cumpleaños más próximo a la fecha de emisión de la Póliza.

CLAUSULA No. 28 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.

CLAUSULA No. 29 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.