

SALDO DE DEUDA PARA INSTITUCIONES BANCARIAS Y FINANCIERAS CONDICIONES ESPECIALES- COLECTIVO

Que se agrega y forma parte de la póliza VC XX, del Ramo de SEGURO COLECTIVO

EMITIDA A NOMBRE DE:

ESTA PÓLIZA ES: CONTRIBUTORIO

VIGENCIA: AL (12:00 Meridiano)

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio de Honduras, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días calendario 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.

Queda entendido y convenido que los términos y condiciones descritos a continuación forman parte integral de la póliza:

1. **El número de la póliza y la vigencia:** se indican en el Certificado de Seguro de cada Asegurado.
2. **Elegibilidad**
 - 2.1. **Límites de edad:**
 - a. Edad mínima de ingreso de 18 años.
 - b. Edad máxima de ingreso, al cumplimiento de los 75 años.
 - c. Edad máxima de permanencia, hasta el cumplimiento de los 85 años de edad.La Compañía no asumirá ningún riesgo una vez que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza y procederá a cancelar la cobertura del asegurado de forma automática.
 - 2.2. Podrán incluirse asegurados en cualquier tiempo, mediante solicitud escrita del Contratante. Una vez determinada la elegibilidad del deudor por parte de la Compañía, se procederá con su inclusión en la póliza, se realizará el cobro de las primas correspondientes, tomando en cuenta la fecha de ingreso del asegurado y la vigencia de la Póliza.
 - 2.3. No son elegibles para este seguro, los solicitantes que se encuentren incapacitados o con diagnóstico de una enfermedad grave o terminal en la fecha de solicitud del préstamo.
3. **Pago de Primas:** Las primas se causan y vencen al momento de otorgar la cobertura, la prima será pagadera de forma anual.

4. **Vigencia:** La vigencia de la cobertura será **ANUAL** a partir de la fecha de activación del préstamo y con renovación anual automática hasta el vencimiento y/o cancelación definitiva de la deuda.

5. **Suma Asegurada:**

- 5.1. La suma asegurada será establecida de acuerdo al reporte de saldos enviados por el contratante.
- 5.2. La suma asegurada máxima es de L_x, o su equivalente en dólares, por persona asegurada.
- 5.3. En caso que el monto del préstamo y/o el cúmulo de suma asegurada del cliente sea mayor a xxxx, el solicitante deberá someterse a los requisitos de asegurabilidad establecidos en el Anexo 2 para los planes de Seguro de Vida Individual.
El costo de los exámenes médicos correrá por cuenta de la Compañía.
- 5.4. En caso de Refinanciamiento, la suma asegurada de los clientes deberá ser reportada en base al monto del nuevo préstamo o refinanciamiento.

6. **Riesgos Cubiertos:**

6.1. COBERTURA POR FALLECIMIENTO

En caso de muerte del asegurado al ocurrir el fallecimiento por accidente o por enfermedad de la ocurrencia de un siniestro, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente de la siguiente forma:

- Se indemnizará a “El Contratante” el 100% de la suma adeudada en la fecha de fallecimiento del asegurado.
- Se indemnizará a los beneficiarios designados por el asegurado en el Certificado de Seguro cualquier diferencia que existiera entre el saldo adeudado y la suma asegurada contratada.

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos por ley, en los porcentajes establecidos por la Ley, debiendo presentar la Declaratoria de Herederos emitida por el Juzgado de Letras de lo Civil.

Suicidio: Estará cubierto después del primer año de continuidad cobertura del Asegurado.

6.2. COBERTURA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Incapacidad total y permanente a consecuencia de un accidente o enfermedad, que inhabilite al asegurado a efectuar su trabajo u otro por el cual pudiera recibir alguna remuneración, la Compañía pagará a “El Contratante” la suma adeudada en la fecha en que sea declarada la incapacidad.

El pago de la indemnización por incapacidad total y permanente será realizado por la Compañía, una vez documentado el reclamo de acuerdo a los requisitos establecidos en la póliza y confirmada la cobertura. El pago será efectivo después de haber transcurrido por lo menos 6 meses consecutivos desde la fecha en que ha sido declarada la incapacidad total y permanente por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (conforme al Artículo No.78 del Reglamento General de la Ley del IHSS); o por el médico designado por la Compañía (en caso de que el asegurado no esté afiliado al IHSS) siempre y cuando la condición de incapacidad total y permanente persista.

De existir diferencia entre la suma asegurada y el saldo adeudado, esta se pagará al asegurado en rentas mensuales por un periodo de 12 meses.

De fallecer el asegurado antes de haber percibido la totalidad de las doce (12) cuotas, el saldo restante será pagado a él, o los, beneficiarios designados en el Certificado de Seguro. A falta de beneficiarios designados, se pagará a los herederos por ley, en los porcentajes establecidos por la ley, debiendo presentar la Declaratoria de Herederos emitida por el Juzgado de Letras de lo Civil.

Una vez la Compañía hubiere efectuado el pago del seguro por incapacidad total y permanente, el asegurado será excluido de la póliza y no será elegible nuevamente en la misma.

La indemnización por incapacidad total y permanente da por terminado (extingue) automáticamente los riesgos cubiertos y cualquier beneficio adicional de esta póliza.

7. Generalidades:

- 7.1.** Cobertura mundial, las 24 horas del día, dentro y fuera de la ocupación laboral.
- 7.2.** Junto a la Solicitud de Inscripción de nuevos deudores a ser incluidos en la póliza, el contratante deberá enviar de forma electrónico, el reporte de inclusiones en el formato que Ficohsa Seguros le ha proporcionado.
- 7.3.** En caso de mora del deudor asegurado, se mantiene la cobertura hasta por un plazo de (tres) 3 meses, siempre y cuando el contratante efectuó el pago de las primas por dicho periodo.
- 7.4.** La Compañía tendrá el derecho de revisar los registros del contratante, relacionados con el seguro otorgado bajo esta póliza, en cualquier momento.
- 7.5.** Este seguro no puede ser cedido a otra institución.
- 7.6.** Las comunicaciones que deba dar el asegurado a la Compañía serán por medio del contratante de la póliza.
- 7.7.** La vigencia del seguro es anual, renovable automáticamente; siempre y cuando exista el pago de las primas de parte del asegurado a la Compañía de Seguros, por medio del Contratante.
- 7.8.** Para aseguramiento de prestatarios con profesiones especiales como Marino, Piloto, Buzo o similares, se revisará cada caso y se otorgarán condiciones y tarifas según el análisis del riesgo.

8. Exclusiones:

- 6.1 Enfermedades y/o condiciones de salud que existieren antes de la suscripción del seguro, ya sea que se hubiesen diagnosticado, sufrido los síntomas correspondientes, recibido tratamiento; haya tenido o no conocimiento de las mismas el asegurado al momento de ingresar a la póliza.**
- 8.1 Guerra declarada o no, huelgas, motines, revolución o tumultos populares.**
- 8.2 Cometer delito o acciones que infrinjan las leyes.**
- 8.3 Participación en competencias de alto riesgo.**
- 8.4 Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.**
- 8.5 La incapacidad a consecuencia del consumo de bebidas embriagantes (alcoholismo), uso de drogas o estupefacientes.**
- 8.6 Personas que se encuentren en estado de embarazo al momento de solicitar el seguro.**
- 8.7 Personas que se encuentren incapacitadas o con diagnósticos de alguna enfermedad grave o terminal en la fecha de ingreso a la póliza.**

8.8 Consumo de drogas, alcohol, veneno y gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalado voluntariamente. Para efectos de esta póliza se considera que se encuentran bajo la influencia de bebidas alcohólicas cuando el contenido alcohólico en la sangre supera el 0.07% o 70 mg/100 ml.

9. Causas de Terminación de la Cobertura, la cobertura termina por las siguientes razones (lo primero que ocurra):

9.1 Por muerte del asegurado.

9.2 Por incapacidad total y permanente del asegurado y que le imposibilite realizar actividades con fines de remuneración o ganancia.

9.3 Por solicitud del contratante.

9.4 Por terminación de la vigencia del seguro.

9.5 En la fecha en que se cancele totalmente el crédito que dio origen al seguro.

9.6 Al cumplimiento de los 85 años.

7. Tasa del Seguro y Facturación:

7.1. La tasa a aplicar es de: xx%o anual al millar

– La tasa podrá variar por la profesión del asegurado.

En caso de préstamos mancomunados, ambos clientes pagarán el 100% de la prima, y al fallecer uno de los dos, el saldo de la deuda quedará cubierto.

7.2. El tipo de facturación de la póliza será anual, con pagos anuales o mensuales, según negociación de la póliza.

10. Documentos que deben acompañarse en la reclamación de la cobertura:

11.1 En caso de Muerte:

a. El contratante deberá notificar a la compañía del siniestro ocurrido, en un plazo no mayor de 30 días contados a partir de la fecha en que tengan conocimiento del mismo.

b. Certificado de defunción original extendido por el Registro Nacional de las Personas.

c. Certificado de nacimiento o copia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del fallecido.

d. Certificación del médico que le asistió por la causa de muerte o del médico forense, donde especifiquen la causa de la muerte.

e. Certificado de la autoridad competente que describa los hechos y la causa de la muerte.

f. Documentos probatorios de la deuda, como ser contrato de préstamo o estado de cuenta que indique los saldos adeudados a la fecha de la reclamación; debidamente firmado y sellado por el encargado de créditos de "XXXXX" o por el Contador General del mismo.

g. Copia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de los beneficiarios designados por el asegurado y en el caso de los menores de edad certificado de nacimiento original.

h. Documentación complementaria tales como: Parte de tránsito, certificación de policía o del juzgado competente y cualquier otro documento que la compañía considere necesario.

11.2 En caso de Incapacidad Total y Permanente.

- a. Certificación de incapacidad total y permanente extendida por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) o por el Médico designado por la Compañía de Seguros, este último cuando el asegurado no sea afiliado al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).
- b. Documentos probatorios de la deuda, como ser contrato de préstamo o estado de cuenta de los saldos adeudados a la fecha de la reclamación; debidamente firmado y sellado por el encargado de créditos de “XXXXX” o por el Contador General del mismo.
- c. Copia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del asegurado.
- d. Documentación complementaria tales como: Parte de tránsito, Certificación de Policía o del juzgado competente y cualquier otro documento que la Compañía considere necesario.

11. Agravación del Riesgo: El Asegurado deberá comunicar a la Compañía toda circunstancia de agravación (es) de riesgo (s) aun cuando fuere (n) temporal (es), que pudiera (n) afectar la base de contratación de la póliza o que de haber sido conocidas por la Compañía no habría dado su consentimiento para la celebración del contrato o la habría dado en condiciones diferentes. Esta comunicación debe ser realizada por el asegurado a la Compañía de manera escrita en las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca o deba conocer. La falta de esta comunicación faculta a la Compañía a dar por terminada la cobertura; la responsabilidad de la Compañía concluirá 15 días después de haber comunicado su resolución al asegurado.

12. 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.

13. Solución de controversias: Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguro y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o término del contrato, podrán ser resueltos, a opción de las partes, por la vía de la conciliación, arbitraje o por la 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.

Aplican los demás términos y condiciones establecidos en el condicionado general de la póliza.

Tegucigalpa, M.D.C. __ de __ 20__

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL CONTRATANTE

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

	Hasta	De L 4,000,000.01 a	De L 5,000,000.01 a	De 6,000,000.01
Edades	L. 4,000,000.00	L 5,000,000.00	L 6,000,000.00	en adelante **
hasta 39	* Declaración de Salud	* Declaración de Salud	Examen Medico Análisis químico y microscópico de orina	Examen Medico Análisis químico y microscópico de orina Test de VIH Electrocardiograma de 12 derivaciones Perfil Lipídico (Colesterol Total, HDL, LDL, triglicéridos) Acido Úrico Urea Creatinina Glucosa Pruebas de Funcionamiento hepático (ASAT, ALAR, GGT, Albumina)
40 - 49	* Declaración de Salud	* Declaración de Salud	Examen Medico Análisis químico y microscópico de orina Test de VIH	Examen Medico Análisis químico y microscópico de orina Test de VIH Electrocardiograma de 12 derivaciones Perfil Lipídico (Colesterol Total, HDL, LDL, triglicéridos) Acido Úrico Urea Creatinina Glucosa Pruebas de Funcionamiento hepático (ASAT, ALAR, GGT, Albumina)
50 - 59	* Declaración de Salud	Examen Medico Análisis químico y microscópico de orina Test de VIH PSA	Examen Medico Análisis químico y microscópico de orina Test de VIH Electrocardiograma de 12 derivaciones Perfil Lipídico (Colesterol Total, HDL, LDL, triglicéridos) Acido Úrico Urea Creatinina Glucosa Pruebas de Funcionamiento hepático (ASAT, ALAR, GGT, Albumina) PSA	Examen Medico Análisis químico y microscópico de orina Test de VIH Electrocardiograma con prueba de esfuerzo, salvo indicación en contrario. Perfil Lipídico (Colesterol Total, HDL, LDL, triglicéridos) Acido Úrico Urea Creatinina Glucosa Pruebas de Funcionamiento hepático (ASAT, ALAR, GGT, Albumina) PSA
60 en adelante	* Examen Medico * Análisis químico y microscópico de orina * PSA	Examen Medico Análisis químico y microscópico de orina Test de VIH Electrocardiograma de 12 derivaciones Perfil Lipídico (Colesterol Total, HDL, LDL, triglicéridos) Acido Úrico Urea Creatinina Glucosa Pruebas de Funcionamiento hepático (ASAT, ALAR, GGT, Albumina) PSA	Examen Medico Análisis químico y microscópico de orina Test de VIH Electrocardiograma de 12 derivaciones Perfil Lipídico (Colesterol Total, HDL, LDL, triglicéridos) Acido Úrico Urea Creatinina Glucosa Pruebas de Funcionamiento hepático (ASAT, ALAR, GGT, Albumina) PSA	* Examen Medico Análisis químico y microscópico de orina Test de VIH Electrocardiograma con prueba de esfuerzo, salvo indicación en contrario. Perfil Lipídico (Colesterol Total, HDL, LDL, triglicéridos) Acido Úrico Urea Creatinina Glucosa Pruebas de Funcionamiento hepático (ASAT, ALAR, GGT, Albumina) PSA

Nota: La compañía podrá solicitar pruebas de asegurabilidad adicionales a lo anteriormente detallado.

**** Para montos mayores a L 8,000,000.00 se debe presentar Estados Financieros Auditados y/o análisis del Crédito aprobados**