

SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA
CONDICIONES GENERALES

CONFORMIDAD DEL CONTRATO

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 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.

CLÁUSULA 1: COBERTURAS

1. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

El Asegurado identificado en el Listado de Asegurados declarado por el Contratante está cubierto según lo detallado a continuación:

A) COBERTURA BÁSICA: MUERTE DEL DEUDOR ASEGURADO

La Aseguradora se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada de esta cobertura según se indica en el Certificado Individual de Cobertura, en caso de que ocurra la muerte del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sujeto a las exclusiones, limitaciones y demás condiciones establecidas en esta póliza.

B) COBERTURA: ANTICIPO POR INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Aseguradora pagará al Beneficiario el 100% de la Suma Asegurada que se debiera pagar por la cobertura básica de muerte, si el Asegurado sufre durante el período de vigencia de la cobertura la invalidez total y permanente a causa directa de una enfermedad o accidente cubierto, por un período comprobable mayor a seis (6) meses, la Aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura en un solo pago en el séptimo (7º) mes de la Invalidez Total y Permanente comprobada.

Cuando la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente, sea causada por la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la pérdida física o funcional de las dos manos o de los dos pies, o de toda una mano y todo un pie; con respecto a las manos, la pérdida deberá presentarse al nivel de la articulación radio carpiana (muñeca) o por encima de ella; con respecto a los pies, la pérdida deberá darse al nivel de la articulación tibio tarsiana (tobillo) o por encima de ella, la Aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura en un solo pago en el momento que se produzca la Invalidez Total y Permanente comprobada.

En consecuencia, pagado el valor total asegurado por concepto de esta cobertura, el seguro terminará automáticamente para dicho Asegurado.

CLÁUSULA 2: EXCLUSIONES

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Este seguro no cubre cuando la causa de la muerte sea:

- a. Suicidio, automutilación, o autolesión. No obstante, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada al Contratante, si la muerte ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la última fecha de ingreso a la póliza, o desde el aumento de capital Asegurado. En este último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital Asegurado.
- b. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. No obstante, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada al Contratante, si la muerte ocurriera como consecuencia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la última fecha de ingreso a la póliza, o desde el aumento de capital Asegurado. En este último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital Asegurado.
- c. Actos de terrorismo perpetrados o cometidos por una o más personas que sean o no miembros de una organización o que tengan alguna conexión o se motiven por hostilidades, acciones u operaciones de guerra, invasión o actos de enemigo extranjero haya o no declaración o estado de guerra, revolución, rebelión insurrección, conspiración u otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del país, aunque no sean a mano armada en poder militar o

usurpación de poder, o en la administración o gobierno de cualquier territorio o zona del país en estado de sitio o bajo control de autoridades militares o en confiscación que requiera por cualquier poder civil o militar.

- d. Participación activa del Asegurado en actividades propias del crimen organizado, delincuencia organizada, narcotráfico y el lavado de activos.
- e. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, que atente contra la vida del Asegurado por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.

Este seguro no cubre la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente cuando esta se deba a:

- f. Cuando la invalidez total y permanente, sea causada por el mismo asegurado, ya sea en estado de cordura o de demencia.
- g. Cuando la incapacidad total y permanente ocurra luego de que el asegurado tenga sesenta y cinco (65) años o más.
- h. Cuando la incapacidad total y permanente haya sido diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura.
- i. Cuando los tramites de la calificación de la incapacidad total y permanente hayan iniciado con doce (12) meses o menos de antelación al inicio de la vigencia de esta cobertura.
- j. Cuando el Asegurado actúe como piloto o pasajero en algún vehículo que participe en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
- k. Los accidentes que sobrevengan en estado de perturbación mental, en condiciones de salud deficientes o estado físico limitado que dificulten su capacidad de conducir; así como los que sobrevengan por estado de ebriedad del conductor; siempre y cuando, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o 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; y/o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, (a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica y en estas se advierta que el uso de las mismas limita sus capacidades físicas y mentales). En los casos de embriaguez y si por falta de equipo para realizar las pruebas que la Ley señala se tomará como medio de prueba lo dictaminado por la autoridad de tránsito y/o el médico o cuerpo de socorro que asistió en caso de accidente.

- l. Accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre manejando o como pasajero en una motoneta, motocicleta o patineta.**
- m. Se excluyen las incapacidades cuya causa, directa o indirecta, sea alguno de los eventos considerados como exclusiones de cobertura que, individual o colectivamente, hayan sido establecidas para el seguro básico por muerte al que aplica la presente cobertura.**

CLÁUSULA 3: DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro queda constituido por la Solicitud del Contratante, la Solicitud de Inscripción de los Asegurados de la presente Póliza, el Certificado Individual de Seguro y los Anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere.

Completarán solicitud de inscripción los asegurados que no cumplan con los parámetros establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, la Aseguradora se reserva el derecho de pedir cualquier otro documento que estime necesario para verificar el estado de salud del Contratante.

CLÁUSULA 4: DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes.

ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles.

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

BENEFICIARIO: Es el contratante de la póliza. Es la entidad financiera que otorgó el crédito al asegurado y a quien la Aseguradora hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza a la muerte o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma. En términos generales, es la persona jurídica que tiene un interés lícito de carácter económico en las personas aseguradas, en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Aseguradora, denominada en esta póliza "Contratante".

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

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

CONSENTIMIENTO: Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Asegurado y la Aseguradora determinado en el contrato de seguro.

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

DEUDA: Cuando se utilice la expresión “una deuda”, significa la cantidad que debe el deudor al Contratante en virtud de un crédito, bajo un acuerdo estipulado.

DEUDOR ASEGURADO: Persona prestataria que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Generales y Endosos de la Póliza y aparece identificado como tal en el Listado de Asegurados entregado por el Contratante. Para efectos de esta póliza, se trata del deudor del Contratante. En caso de que una misma deuda sea contraída por varias personas, cada persona se considerará un Asegurado por sí mismo por la suma total adeudada al Contratante.

ENFERMEDAD: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado. No se considera enfermedad, a efectos de esta cobertura, el embarazo, parto o aborto o complicaciones derivadas de estos conceptos, ni los períodos de descanso voluntario u obligatorio que procedan en caso de maternidad.

FECHA DE DIAGNÓSTICO: Es la fecha en la cual el médico tratante, bien del Instituto Hondureño de Seguridad Social, o del sistema de riesgos profesionales, o de algún plan complementario, o adicional de

salud privado, o un médico particular determina que el padecimiento da origen a una incapacidad total y permanente o invalidez.

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: Es la fecha en la cual la autoridad competente, a petición de un interesado y con base en la historia clínica y demás pruebas y procedimientos pertinentes emite un dictamen sobre el porcentaje de pérdida de la capacidad funcional ya sea por enfermedad común o accidente.

IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social.

INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Se considera como incapacidad total y permanente el estado de invalidez que le sobrevenga a un asegurado menor de sesenta y cinco (65) años de edad, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales permanentes, en forma total y que de por vida le impidan por sus propios medios, desarrollar actividades lucrativas de las cuales derivar sustento o ganancia, siempre que dicha incapacidad haya durado por un período continuo no menor de seis (6) meses, no haya sido causada por culpa del Asegurado, cuya estructuración tenga lugar durante la vigencia del presente seguro y haya sido calificada en un porcentaje igual o superior al 80% de la pérdida de la capacidad laboral de acuerdo con lo señalado en la presente póliza.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará automáticamente como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la pérdida física o funcional de las dos manos o de los dos pies, o de toda una mano y todo un pie; con respecto a las manos, la pérdida deberá presentarse al nivel de la articulación radio carpiana (muñeca) o por encima de ella; con respecto a los pies, la pérdida deberá darse al nivel de la articulación tibio tarsiana (tobillo) o por encima de ella.

SEGURO MANCOMUNADO: la cobertura básica por muerte e Incapacidad Total y Permanente podrá ser otorgada, también, cuando se estipule un crédito o que haya sido otorgado bajo la modalidad de un contrato mancomunado. Por lo tanto, cuando sea mencionada la palabra "Asegurado", esta se hará extensiva para amparar a ambos asegurados, prevaleciendo en todos los casos los siguientes principios:

- a) la suma asegurada, cuando exista un contrato mancomunado, será cubierta al Contratante al ocurrir el fallecimiento, según sea el caso, de cualquiera de los asegurados, la que ocurra en primer término. Lo anterior aplica de igual forma para la cobertura de Invalidez Total y Permanente.
- b) En caso de fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente simultánea de deudores mancomunados, será considerado cualquiera de ellos como el que hubiese fallecido o incapacitado primero.
- c) En caso de que se cancele el préstamo en su totalidad la cobertura del seguro terminará automáticamente.

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

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

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

CLÁUSULA 5: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

la Suma Asegurada de la cobertura básica de muerte del deudor asegurado se define como la sumatoria de los saldos no vencidos y adeudados por el asegurado, incluyendo intereses corrientes, moratorios y otros cargos en el momento de su muerte o de la declaratoria del estado de invalidez total y permanente, siempre que dichos valores hayan sido reportados a la Aseguradora.

la suma asegurada de la cobertura de Invalidez o Incapacidad Total y Permanente es la misma que la cobertura básica de muerte del deudor asegurado.

CLÁUSULA 6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Esta póliza y/o los certificados individuales han sido extendidos por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscritas por el Contratante en la solicitud del seguro y/o por los asegurados en sus solicitudes individuales y/o en las declaraciones personales de salud.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante y/o los asegurados, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante y/o los asegurados hayan obrado con dolo o con culpa grave.

La Aseguradora renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia – excepción hecha si fuese dolosa- como motivo de nulidad, derivada de dichas declaraciones del Contratante y/o Asegurado después de transcurridos dos (2) años desde el inicio de esta póliza y/o del certificado individual, según el caso, sin perjuicio de lo establecido en estas condiciones contractuales respecto a la denuncia inexacta de la edad.

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del seguro, en las solicitudes individuales y/o en las declaraciones personales de salud para el presente seguro.

CLÁUSULA 7: PAGO DE PRIMA

1. PRIMA DE LA PÓLIZA

La prima de la póliza se calcula en base al listado de asegurados y las sumas aseguradas en vigor según los riesgos detallados por el Contratante en el Listado de Asegurados.

2. PLAN Y FORMA DE PAGO

El Plan de pagos está constituido por las primas requeridas para cubrir la prima de la póliza; en virtud de ello el Contratante acepta realizar los pagos de las primas en las fechas de vencimiento establecidas, conforme a lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. El cumplimiento por parte del CONTRANTE permitirá mantener en vigor la póliza hasta la terminación del plazo del seguro contratado.

3. LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA

Las primas deberán ser pagadas por el contratante en el domicilio de la Aseguradora contra entrega del recibo oficial correspondiente.

CLÁUSULA 8: VIGENCIA

La vigencia de este contrato será efectiva a las 12 horas del día de Inicio de Vigencia en las Condiciones Particulares.

Este seguro tendrá una vigencia de un año, salvo pacto en contrario expreso en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de vigencia, y se renovará automáticamente por periodos

iguales con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre la Aseguradora y el Contratante.

El pago de una prima mantiene en vigencia el seguro, solo hasta la fecha de vencimiento en que deba cubrirse la siguiente prima, sujeto a lo indicado en el Período de Gracia.

CLÁUSULA 9: BENEFICIARIOS

Es la entidad financiera que otorgó el crédito al Asegurado y a quien la Aseguradora hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza a la muerte o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma.

CLÁUSULA 10: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del contratante las siguientes:

- Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- Pagar a la Aseguradora la prima total.
- Informar por escrito a la Aseguradora altas y bajas del grupo:
 - a) El ingreso al grupo asegurado de nuevos asegurados con el importe de saldo insoluto de cada deudor, adjuntando la documentación que le requiera la Aseguradora.
 - b) la exclusión definitiva de los asegurados del grupo asegurado:
 - i. Que hayan dejado de ser miembros elegibles
 - ii. Que hayan cancelado el saldo insoluto;
 - iii. Que hayan cumplido la edad máxima estipulada en las condiciones particulares
 - c) la terminación de su calidad como contratante.
- Dar a conocer a las personas que se van a asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado.
- Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por la Aseguradora.
- No efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada por la Aseguradora

- Enviar a la Aseguradora con la periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza un listado de Asegurados vigentes indicando como mínimo, el Número de Préstamo, Fecha de Nacimiento, Nombre Completo, Sexo, Número de Tarjeta de Identidad y Suma Asegurada a la fecha del informe. Cuando se trate de asegurados nuevos que ingresen a la póliza, además deberán adjuntar el respectivo consentimiento de ingreso a la póliza.

Los asegurados que no se incluyan en el listado de asegurados vigentes se considerarán como dados de baja del grupo asegurado.

Los informes del contratante formarán parte integrante de la póliza. El contratante asume su responsabilidad que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

CLÁUSULA 11: PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Son prohibiciones del Contratante las siguientes:

- Presentar información falsa de los Asegurados a la Aseguradora.
- Efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por la Aseguradora.
- No pagar en su debido momento a la Aseguradora la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.

CLÁUSULA 12: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado durante la vigencia de esta Póliza cambiara de profesión o llegara a ejercer su profesión dentro de condiciones distintas de las que indicó en su solicitud; si estableciera su domicilio definitivo en el extranjero; es decir, si llegara a modificarse el riesgo en una u otra forma, tal hecho debe ser comunicado inmediatamente a la Aseguradora por medio escrito con acuse de recibo.

Si las modificaciones constituyeran una agravación esencial del riesgo, la Aseguradora tendrá la facultad ya sea de rescindir el contrato o de aumentar la prima por el periodo que falte hasta el vencimiento del

seguro. Si el Asegurado no aceptara aumento de la prima, la Póliza será cancelada y en tal caso, la Aseguradora devolverá la parte de la prima que corresponda al periodo no transcurrido.

CLÁUSULA 13: AVISO DEL SINIESTRO

NORMAS APLICABLES EN CASO DE SINIESTROS

1. AVISO DE SINIESTROS

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

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

2. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado, en la Solicitud de Seguro, autorizan a la Aseguradora a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió la lesión y el monto correcto a ser pagado, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Aseguradora, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto el Asegurado como el Contratante están obligados a cooperar con la Aseguradora en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Aseguradora para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

la Aseguradora tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del Asegurado cuando y tantas veces como lo requiera mientras esté pendiente una reclamación bajo la póliza y de investigar las circunstancias de la muerte, lesión, accidente o enfermedad,

exigir todos los documentos, certificados y expedientes médicos, ficha clínica, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, a practicar la autopsia ya sea antes o después del entierro.

3. DOCUMENTOS, DATOS E INFORMES

la Aseguradora tiene el derecho de exigir del Contratante O Asegurado 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.

En todos los casos se deberán presentar los siguientes documentos en original:

1. Certificado de Seguro.
2. Copia de la tarjeta de identidad o certificación del acta de nacimiento del Asegurado.
3. Certificado del acta de defunción.
4. Certificación médica, expedida por el médico que atendió al Asegurado en su última enfermedad o por las consecuencias de accidente, según sea la causa de la muerte.
5. En caso de accidente, certificación o parte de la autoridad competente que tomó nota en el momento de los hechos.
6. Estado de cuenta por parte del contratante en el que se detalle el saldo del préstamo al momento de la muerte del asegurado.

La Aseguradora tiene el derecho a solicitar cualquier otro documento que estime necesario para probar la procedencia del reclamo. la Aseguradora no está obligada al pago de las prestaciones establecidas en este seguro, mientras el Contratante no ha presentado la información indicada en esta Sección.

Invalidez o Incapacidad Total y Permanente

En caso de reclamo de la cobertura de Anticipo por Invalidez Total y Permanente, el Contratante, Asegurado o su representante deberán suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- a. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico, evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado y fecha de estructuración;

- b. En el caso de que el asegurado cuente con cobertura del IHSS, el asegurado debe presentar el dictamen original de dicho instituto y/o el dictamen médico colegiado conforme a las políticas internas de la Aseguradora. Cuando el asegurado no sea afiliado al IHSS, se considerará solamente el dictamen médico colegiado definido por la Aseguradora.
- c. Historia clínica y exámenes complementarios según lo requiera la Aseguradora.

Otros Documentos

Además, la Aseguradora podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del accidente como causante de la pérdida.

4. PLAZO PARA INDEMNIZAR

Una vez recibida la información requerida en forma completa para decidir sobre la procedencia del reclamo, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada de acuerdo a las coberturas contratadas dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes.

El pago será entregado al Contratante con el finiquito correspondiente, el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

CLÁUSULA 14: TERMINACIÓN ANTICIPADA

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

- a) Solicitud de cancelación por parte del Contratante.
- b) Modificación del riesgo u ocupación de forma que no sea aceptable para la Aseguradora o las nuevas condiciones no sean aceptadas por el Contratante.
- c) Por decisión del Asegurado mediante solicitud al Contratante.
- d) Por falta de pago.
- e) Por pago total de la incapacidad.
- f) Por cancelación del préstamo.
- g) En la fecha de fallecimiento, o de la declaratoria de incapacidad total y permanente para el primero de los asegurados respecto del cual se realice el riesgo asegurado. Esta condición es aplicable en los

seguros de vida grupo deudores cuando se aseguren solidariamente los deudores mancomunados por la misma suma asegurada.

h) Cuando el asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia.

CLÁUSULA 15: RENOVACIÓN

Este seguro se renovará automáticamente en su fecha de terminación con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre la Aseguradora y el Contratante. En cualquier fecha de renovación el Contratante podrá solicitar por escrito modificaciones al programa de coberturas. Para incrementos de Suma Asegurada deberá presentar, a satisfacción de la Aseguradora, las pruebas de asegurabilidad que esta requiera.

CLÁUSULA 16: PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 17: CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Aseguradora y El Contratante o Asegurado sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación 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 o arbitraje salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA 18: COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Aseguradora deberán hacerse por escrito a su domicilio social. las comunicaciones de la Aseguradora al Contratante las hará por escrito al último domicilio reportado por éstos.

Cualquier requerimiento o comunicación relacionada con el presente contrato para ser válida, deberá hacerse por escrito a la Aseguradora en su domicilio social y al Asegurado a la última dirección que conozca la Aseguradora.

CLÁUSULA 19: TERRITORIALIDAD

la cobertura de este seguro es a nivel mundial.

CLÁUSULA 20: SUICIDIO

En caso de fallecimiento de un Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental, dentro de los dos (2) años siguientes a la última fecha de su inscripción ininterrumpida, la Aseguradora solamente quedará obligada a devolver al Contratante las primas que este hubiere pagado en relación con el Asegurado, durante el año Póliza en que ocurra el evento. Después de transcurridos esos dos años la Aseguradora pagará la suma asegurada correspondiente.

CLÁUSULA 21: EDAD

Para formar parte del Grupo Asegurado se requiere que, al momento de la inscripción, la edad del Asegurado esté comprendida entre los 18 y 65 años y entre los 18 a 60 años de edad para la cobertura de invalidez o incapacidad total y permanente.

El Seguro terminará automáticamente el día que el Asegurado cumpla los 75 años de edad, aun cuando reúna las demás condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado. Si se hubieren incluido en el Grupo Asegurado individuos mayores de 65 años de edad por dolo del Contratante o del Asegurado, la Aseguradora no asume ninguna responsabilidad por la realización del riesgo y el Contratante sólo tendrá derecho a la devolución de las primas que por dichos Asegurados hubiese pagado.

DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

La cobertura de Fallecimiento del Deudor Asegurado es renovable hasta la edad setenta y cinco (75) años, es decir, cualquier asegurado que fallezca luego de esa edad no será cubierto por esta póliza, cuya única obligación será la devolución de las primas pagadas luego de cumplida dicha edad.

La cobertura de Incapacidad o Invalidez Total y Permanente es renovable hasta la edad sesenta y cinco (65) años, es decir, cualquier Asegurado que se invalide luego de esa edad no será cubierto por esta póliza, cuya única obligación será la devolución de las primas pagadas luego de cumplida dicha edad.

LÍMITES DE EDAD

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

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

- II. Si la Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Aseguradora estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado, en el momento de la celebración del contrato. las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- IV. Si, con posterioridad a la muerte del asegurado, se descubriere que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Aseguradora pruebas fehacientes de su edad, la Aseguradora anotará la póliza o extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado.

CLÁUSULA 22: PERÍODO DE GRACIA

Si el Contratante no efectuaré el pago de la prima programada anual o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento dispondrá de un periodo de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima en descubierto. Si al 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 periodo de gracia, ocurre cualquier evento amparado por el programa de coberturas, la Aseguradora procedera a la prestación de

los beneficios correspondientes y a deducir de ella el total de las primas pendientes de pago para completar la prima anual.

CLÁUSULA 23: REHABILITACIÓN

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

Por otra parte, la Aseguradora iniciará un proceso de selección para volver a asegurar a uno o varios asegurados que hayan perdido derecho a los beneficios de la póliza con motivo de la cancelación de cobertura por solicitud del Contratante.

CLÁUSULA 24: INDISPUTABILIDAD

Este Contrato se basa en las Solicitudes del Contratante y Asegurados y, por consiguiente, cualquier dato inexacto o que haya sido ocultado, que conocido por la Aseguradora la hubiere retraído a emitir esta Póliza o algún Certificado Individual de Seguro o llevado a modificar sus condiciones, producirá la nulidad del Contrato; salvo que la Aseguradora al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare al Contratante o Asegurados su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres meses en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante o Asegurados hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éstos harán a la Aseguradora dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Después de que esta Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor durante dos años, su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del Contratante.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada Certificado Individual de Seguro, después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un período de dos años contados desde la fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente registro de Asegurados, excepto lo dispuesto en la Cláusula referente a la Declaración de Edad y en las Condiciones que establecen Beneficios por Incapacidad Total y Permanente.

CLÁUSULA 25: VALORES GARANTIZADOS

Esta póliza no genera ningún tipo valor de rescate o dividendos.

CLÁUSULA 26: DISPOSICIONES GENERALES

PERSONAS ELEGIBLES

Podrán ingresar a esta póliza las personas que cumplan con:

- Tener una edad cumplida entre los 18 a 65 años de edad para la cobertura de fallecimiento y entre los 18 a 60 años de edad para la cobertura de invalidez o incapacidad total y permanente.
- Tener relación comercial con el Contratante.
- Presentar la solicitud de inscripción al seguro por medio del Contratante.

No se aceptarán personas que se encuentren recibiendo pensión por invalidez del IHSS o de cualquier otra fuente.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

Cuando un Asegurado sea inscrito en la póliza, la Aseguradora emitirá como comprobante un certificado individual de cobertura que el Contratante entregará al Asegurado como constancia de ingreso al seguro indicando la fecha de inicio de la cobertura y las sumas aseguradas contratadas para cada cobertura. El Contratante O Asegurado tendrá quince (15) días calendario para manifestar cualquier diferencia entre la Solicitud de Seguro y el Certificado Individual de Cobertura. Transcurrido este tiempo, los datos indicados en el certificado se considerarán aceptados por el Asegurado.

La Aseguradora no será responsable por cualquier reclamo referente a un deudor que no haya sido incluido por el Contratante en el listado de Asegurados.

MODIFICACIONES

Toda modificación al contrato deberá de ser solicitado por escrito a la Aseguradora, y para su validez deberá ser aceptada mediante endoso firmado por funcionario autorizado de la Aseguradora que se agregará a la póliza y si procede, actualizará las Condiciones Particulares de la póliza. Los agentes o

cualquier otra persona de la Aseguradora carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

CLÁUSULA 27: MONEDA

La moneda de la póliza es en Lempiras, salvo se indique otra moneda en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA 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.

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

CLÁUSULA 29: NORMAS SUPLETORIAS

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.

CLÁUSULA 30: LEGISLACION APLICABLE

Esta póliza ha sido contratada conforme a la legislación de la República de Honduras.

