

SEGURO ESTUDIANTE VIDA COLECTIVO 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 devolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiera 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.- COBERTURA

Mediante este Seguro, la Compañía garantiza al Asegurado y/o Beneficiario según sea el caso, la indemnización indicada en el Certificado Individual de acuerdo con las siguientes coberturas:

- 1. COBERTURAS APLICABLES AL ESTUDIANTE**
- 2. COBERTURAS APLICABLES AL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL**

1. COBERTURAS BÁSICAS

APLICABLES AL ESTUDIANTE

La Compañía se obliga a pagar hasta por la Suma Asegurada y según las coberturas que están establecidas en el Certificado Individual del Seguro. Las coberturas aplicables al Estudiante son las siguientes:

A. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Compañía reembolsará al Asegurado, Padre, Madre o Tutor Legal, los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente éste incurra a consecuencia de un accidente amparado en el Contrato de Seguros y hasta el límite de la Suma Asegurada indicada en el cuadro de beneficios; siempre que estos sean provenientes de: asistencia médica, quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia y gastos de hospitalización dentro de la Republica de Honduras.

Se incluyen en esta cobertura personas desde los cero (0) años hasta los veintitrés (23) años. Cuando sea menor de edad deberá ser contratado por medio del representante legal.

Los gastos médicos absorbidos a cargo de instituciones del Estado no serán indemnizados por este Contrato de Seguro, en caso de que el Asegurado fuere

atendido por dichas instituciones. Si el Asegurado hubiere suscrito otros seguros con la cobertura de gastos médicos, La Compañía pagará la parte proporcional que le corresponda de acuerdo con la Suma Asegurada por este concepto.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, padre, madre o el tutor legal, según corresponda, de las facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados. En este caso el Asegurado sólo tendrá derecho a los gastos realmente incurridos por él.

B. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

La Compañía pagará al Asegurado o al padre, madre o tutor legal una renta diaria fija por cada día que el Asegurado permanezca hospitalizado en una Clínica u Hospital debidamente autorizado para operar siempre y cuando la causa directa y única fuese un accidente.

La Compañía se compromete a indemnizar una cantidad diaria como renta diaria por hospitalización, estableciendo límites de días a indemnizar y deducible, a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado, siempre y cuando la Póliza este en vigor.

El período máximo por el cual se reconocerá la renta no excederá de cuarenta y cinco (45) días por año y será pagado a partir del tercer día de internación, es decir, la Compañía no efectuará desembolso alguno si la internación es igual o menor a dos (2) días.

2. COBERTURAS APLICABLES AL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

La Compañía se obliga a pagar hasta por la Suma Asegurada y según las coberturas que están establecidas en el Certificado Individual del Seguro.

Las coberturas aplicables al padre, madre o tutor legal son las siguientes:

A. FALLECIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Si dentro de la vigencia de esta cobertura se produce el fallecimiento del Padre, Madre o Tutor Legal del Estudiante Asegurado, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada Póliza y por una sola vez, la suma asegurada pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el certificado individual de cada Asegurado.

Se incluyen en esta cobertura personas de dieciocho (18) a sesenta cinco (65) años, con terminación de la cobertura al cumplir los setenta (70) años.

B. DESMEMBRAMIENTO Y/O PÉRDIDA DE LA VISTA POR ACCIDENTE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

La Compañía se obliga a indemnizar al Asegurado hasta por el monto de la Suma Asegurada en caso de desmembramiento y/o pérdida de la vista por accidente. En los casos de desmembramiento, se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal, que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones.

La Compañía pagará al Asegurado el beneficio por desmembramiento y/o pérdida de la vista por accidente de conformidad con las siguientes descripciones:

100 %	Pérdida de la vista
100 %	En caso de pérdida de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;
50 %	Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;
50 %	Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
35 %	Por la pérdida total de la visión de un ojo;
25 %	Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
20 %	Por la pérdida total del pulgar de una mano;
15 %	Por la sordera total completa de un oído;
5 %	Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
3 %	Por la pérdida total de un dedo del pie.

Se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los miembros antes detallados.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende: por pérdida de una mano, su separación en la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación en la articulación del tobillo o arriba de ella; por pérdida de los dedos, la separación de dos falanges completas cuando menos y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

C. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

La Compañía se obliga a indemnizar al Asegurado (padre, madre o tutor legal), la Suma Asegurada establecida en el Certificado Individual de Seguro, en caso de que este quede incapacitado total permanentemente; dicha pérdida deberá ser igual o mayor al sesenta y cinco por ciento (65%) y además se deberá contar con Dictamen Médico emitido por la Comisión Técnica de Invalidez del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), en caso de no contar con acceso a ser evaluado por la Comisión Técnica de Invalidez del IHSS, deberá someterse a revisión médica por profesionales de la medicina que designe la Compañía.

La incapacidad total permanente debe ser a consecuencia de un accidente dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente y durante la vigencia de la presente póliza.

Esta cobertura le aplica al Asegurado; en el caso que la incapacidad le haya sido producida antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años y que haya durado por lo menos seis (6) meses continuos durante la última inscripción ininterrumpida en el Registro de Asegurados.

Si el asegurado inválido falleciere antes de haber percibido la totalidad de los pagos del capital asegurado, el saldo restante será entregado a los beneficiarios designados, de una sola vez.

COBERTURAS ADICIONALES

A) COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE POR ENFERMEDAD

Si durante la vigencia de la póliza, al Asegurado se le llegare a diagnosticar por primera vez alguna de las enfermedades que se detallan más adelante, la Compañía pagará hasta el límite de suma asegurada indicada por este anexo, los gastos médicos derivados del tratamiento de la misma, siempre y cuando sea adquirida después de treinta (30) días de haber ingresado como asegurado a la póliza, con sujeción a las especificaciones y límites señalados en el

Certificado Individual. Las enfermedades cubiertas son: a) Cáncer de cualquier tipo ,b) Poliomiелitis ,c) Leucemia ,d) Tétano ,e) Escarlatina ,f) SIDA ,g) Afección Renal Crónica ,h) Infarto Agudo del Miocardio ,i) Accidente Cerebro Vascular.

Las edades de contratación y renovación de este Anexo serán desde los cero (0) años hasta los veintitrés (23) años. Cuando sea menor de edad deberá ser contratado por medio del representante legal.

B) COBERTURA ADICIONAL DE REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ACOSO ESCOLAR

Si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado incurriera en gastos por asistencia profesional de un médico psiquiatra o de un psicólogo, ambos debidamente autorizados para el ejercicio de la profesión, a consecuencia del acoso escolar, la Compañía cubrirá los gastos derivados del tratamiento de la misma, siempre y cuando dichos gastos sean efectuados después de noventa (90) días calendario de haber ingresado como Asegurado a la póliza, con la cobertura del presente Anexo y hasta la suma asegurada indicadas en las condiciones particulares

CLÁUSULA 2.- EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

Este seguro no cubrirá cuando el siniestro que sufra el Asegurado se produzca directa o indirectamente, total o parcialmente, ocasionado o agravado a consecuencia de:

- 1. Suicidio antes del segundo año de vigencia de la Póliza.**
- 2. Intento de suicidio o lesión provocada por el Asegurado a sí mismo.**
- 3. Enfermedades preexistentes desde el momento de suscribir la Póliza; no obstante, esta cobertura está amparada en el presente Contrato de Seguro, a partir del segundo año de vigencia de la Póliza.**
- 4. Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA); no obstante, esta cobertura está amparada a partir del tercer año de vigencia de la Póliza.**
- 5. Fallecimiento, lesiones y/o daños provocados por el Asegurado por encontrarse bajo la influencia de drogas, alcohol u otras sustancias tóxicas.**
- 6. Fallecimiento, lesiones y/o daños a consecuencia de la participación en huelgas, riñas, duelos o tratar de cometer alguna participación en la comisión de cualquier delito por parte del Asegurado.**
- 7. Guerra declarada o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, operaciones hostiles o bélicas (se haya declarado la guerra o no), terrorismo, guerra civil, actos de sedición, conmociones civiles que alcancen proporciones o tengan carácter de alzamiento popular, alzamiento**

militar, asonadas, rebeliones, revoluciones, poderes militares o usurpados, ley marcial y reclamaciones directas o indirectamente derivadas de la fisión o de la fusión nuclear, o de radiactividad.

8. Fallecimiento, lesiones y/o daños de cualquier naturaleza, relacionados directa o indirectamente con cualquier acto de terrorismo por parte del Asegurado.

Se entenderá por un acto terrorista como una conducta calificada como tal por la Ley, provocados por personas o grupos, motivados por causas políticas, religiosas, ideológicas, o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población o a cualquier segmento de esta.

9. El desempeño de servicio militar, naval o de seguridad, vigilancia o policía.
10. Fallecimiento, lesiones y/o daños corporales causadas intencionalmente al Asegurado por: a) El o los Beneficiario(s). b) Cualquier otra persona, como consecuencia de actos ilícitos cometidos por el Asegurado.
11. Fallecimiento, lesiones y/o daños causados al Asegurado, relacionados con actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal vigente y demás legislación aplicable del país.
12. Fallecimiento, lesiones y/o daños del Asegurado por la práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión, oficio riesgoso, acto temerario, imprudente o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad peligrosa e imprudente y práctica de deportes riesgosos; entendiéndose como tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

No quedarán amparados por esta cobertura los siguientes tratamientos y/o gastos médicos, aplicables a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

- a) Tratamientos fisioterapéuticos.
- b) A consecuencia de accidentes y/o enfermedades preexistentes.
- c) A consecuencia de cualquier enfermedad.
- d) Preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia de los órganos reproductores de la mujer y/o el hombre, a menos que éstos resulten de un accidente cubierto por esta póliza.
- e) Anomalías congénitas y las afecciones que sobrevengan o resulten en relación con las mismas.
- f) La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente y práctica de deportes riesgosos,

entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

g) Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente.

No quedarán amparados por esta cobertura los siguientes tratamientos y/o gastos médicos, aplicables a la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente:

- a. Preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia de los órganos reproductores de la mujer y del hombre, a menos que éstos resulten de un accidente cubierto por esta póliza**
- b. Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico.**
- c. Cirugía plástica o cosmética, excepto como consecuencia de un accidente, o enfermedad cubierta por esta póliza.**
- d. Anomalías congénitas y las afecciones que sobrevengan o resulten en relación con las mismas.**
- e. Cualquier desorden mental o nervioso, a menos que éstos resulten de un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza**
- f. Cualquier accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de esta cobertura o enfermedad contraída o que haya principiado antes de dicha fecha.**

No quedarán amparados por esta cobertura los siguientes tratamientos y/o gastos médicos, aplicables a la cobertura por desmembramiento accidental y/o perdida de la vista por accidente:

- a) Hallarse practicando un arresto como representante de la ley.**
- b) Postración por calor o insolación.**
- c) Certámenes de velocidad sobre ruedas.**
- d) Participación en cualquier delito.**
- e) Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).**
- f) Cualquier enfermedad.**
- g) Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente).**

No quedarán amparados por esta cobertura los siguientes tratamientos y/o gastos médicos, aplicables a la cobertura por incapacidad total permanente:

Hallarse practicando un arresto como representante de la ley.

- a) **Postración por calor o insolación.**
- b) **Certámenes de velocidad sobre ruedas.**
- c) **Participación en la acción de cualquier delito.**
- d) **Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente)**
- e) **Cualquier enfermedad.**
- f) **Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente).**

CLÁUSULA 3.- FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro queda constituido por las Condiciones Generales, la Solicitud del Seguro, las Condiciones Particulares, Formato de Consentimiento del Asegurado, Certificado Individual de Seguro, el Registro de Asegurados, los anexos o endosos y condiciones especiales; sí las hubiere y que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación del Contratante.

CLÁUSULA 4.- DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación del presente Contrato de Seguro, se establecen las definiciones siguientes:

- a) **ACCIDENTE:** Para efectos de esta Póliza se entenderá por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos e independientes de la voluntad del Asegurado y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, apopléjicos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, afecciones e infecciones de cualquier naturaleza que sufra el Asegurado.
- b) **ASEGURADO:** Es la persona que a solicitud del Contratante ha quedado amparada bajo esta Póliza. Se considera Asegurado:
Para las coberturas aplicables al estudiante: el estudiante, según se indique en la Carátula de la Póliza.
Para las coberturas aplicables al padre, madre o tutor legal del estudiante, según se indique en la Carátula de la Póliza
- c) **BENEFICIARIO (S):** Persona natural o jurídica designada por el Asegurado que recibirá indemnización en caso de siniestro; el Beneficiario recibirá la diferencia monetaria que resulte de la Suma Asegurada y lo que adeude el Asegurado a la Institución Contratante de la Póliza como suma de los saldos no vencidos y

adeudados, incluyendo intereses corrientes, moratorios y otros cargos en el momento de su muerte o de la declaratoria del estado de invalidez o incapacidad total permanente.

- d) **CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** Documento que se emite a favor de una persona individual que se adhiere a un seguro colectivo y contiene las principales condiciones generales de la Póliza de seguros y las condiciones particulares del Asegurado.
- e) **COMISIÓN O CNBS:** Comisión Nacional de Bancos y Seguros
- f) **COMPAÑÍA:** Institución de Seguros denominada Seguros Banrural Honduras, S.A.
- g) **CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las instituciones de seguros para regular los Contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza de seguro, siempre y cuando sean comunicadas al Asegurado.
- h) **CONDICIONES ESPECIALES:** Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar coberturas, reducir algunas exclusiones, aclarar cláusulas y en general, modificar el contenido o efectos de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
- i) **CONDICIONES PARTICULARES:** Estipulaciones del Contrato de Seguro relativas a la naturaleza del riesgo cubierto que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del Asegurado y los beneficiarios, si los hubiere, la descripción de la materia asegurada, la Suma Asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, el lugar y la forma de pago, vencimiento de la prima, la vigencia del Contrato, entre otros. Es el documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de Póliza, nombre del Contratante, identificación completa de la Compañía, monto de la prima, forma y lugar de pago, periodo de vigencia y la firma de la Compañía.
- j) **CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO:** Es el documento donde se indica el consentimiento y los datos particulares del Asegurado, como son: número de Consentimiento-Certificado, nombre del Asegurado, edad, sexo, nombres de su grupo familiar, coberturas, coberturas adicionales, identificación completa de la Compañía, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, y la firma de la Aseguradora.
- k) **CONTRATANTE:** Es la persona natural o jurídica que suscribe con una institución de seguros una Póliza o Contrato de Seguros.
- l) **DEDUCIBLE:** Es la cantidad fija a cargo del Asegurado que corresponde a los primeros gastos médicos cubiertos por cada accidente. El seguro cubre a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en el cuadro de coberturas.

- m) **DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL EN CONCEPTO DE COASEGURO:** Es la suma máxima por año póliza o por causa, en la que deberá incurrir un asegurado en concepto de su participación del coaseguro.
- n) **ENDOSO O ANEXO:** Documento que se adhiere a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- o) **ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:** Es aquella cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura, independientemente de que la persona haya o no tenido conocimiento del diagnóstico, y/o que exista un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.
- p) **ESTUDIANTE:** Aquella persona que mediante la documentación pertinente acredite estar cursando estudios y no perciba ingresos derivados de un contrato de trabajo o por honorarios.
- q) **GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de las lesiones; las características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel profesional de las personas encargadas de la atención médica.
- r) **GASTOS ELEGIBLES:** Se refiere a aquellos gastos incurridos que serían cubiertos por la póliza.
- s) **HOSPITALIZACIÓN:** Reclusión en un Hospital y/o Clínica Médica autorizada para operar legalmente en la Republica de Honduras, como paciente interno bajo el cuidado y atención de un profesional de la medicina.
- t) **HOSPITAL Y/O CLÍNICA:** Institución que opera de conformidad con la ley, y que cumple los siguientes requisitos:
 - a. Opera principalmente para la recepción y tratamiento médico de personas afectadas por alguna enfermedad o lesión, sobre la base de pacientes internos.
 - b. Admite pacientes internos solamente bajo la supervisión de un médico o médicos, uno de los cuales es residente de dicho Hospital y/o Clínica.
 - c. Mantiene instalaciones permanentes que brindan asistencia médica a pacientes internos y provee (cuando se requiere) instalaciones para efectuar una cirugía mayor dentro del mismo establecimiento o en instalaciones controladas por ese establecimiento.
 - d. Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermeras.Esta definición no incluye Centros Especiales para tratamiento de: alcoholismo, drogadicción, condiciones nerviosas o mentales, reposo, convalecencia o descanso para ancianos, curas de reposo o rehabilitación.

- u) **INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE:** Es la pérdida o inhabilitación absoluta y definitiva del asegurado, por adolecer de enfermedad física y/o mental a consecuencia de una enfermedad o accidente, y que presenta pérdida irreversible y definitiva de la capacidad para ejecutar cualquier trabajo lucrativo o para dedicarse a cualquier actividad de la que pueda derivar alguna utilidad para el resto de su vida y que para efecto de aplicación del presente Contrato de Seguro dicha pérdida deberá ser igual o mayor al sesenta y cinco por ciento (65%).
- v) **LEY:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros
- w) **LÍMITE GEOGRÁFICO:** Los gastos médicos serán reembolsables cuando los mismos se hayan realizado únicamente dentro del territorio de la República de Honduras.
- x) **MÉDICO:** Profesional de la medicina graduado como Médico Cirujano General o Médico Especialista y/o Subespecialista legalmente autorizado para ejercer su profesión en la República de Honduras para ejercer su profesión de acuerdo con la ley.
- y) **MODELO DE CONTRATO O PÓLIZA DE SEGUROS Y FIANZAS:** Documento que se formaliza con el consentimiento del Contrato del Seguro en el que se reflejan las condiciones que, de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el Asegurador y el Asegurado o Contratante. Se encuentran comprendidos los endosos o anexos relacionados con la materia asegurada, las modificaciones realizadas durante la vigencia del Contrato y las bases técnicas. Se incluyen en esta definición los Contratos de fianzas.
- z) **PERÍODO DE GRACIA:** Lapso de treinta (30) días calendario que tiene Contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas.
Durante este periodo, la cobertura de la Póliza está en pleno vigor.
- aa) **PERIODO DE CARENCIA O ESPERA:** Tiempo comprendido entre la fecha de efecto de la Póliza y el momento en que entran en vigor ciertas coberturas, siendo muy habitual en seguros de salud.
- bb) **PRIMA COMERCIAL:** Es la que aplica la Compañía, a un riesgo determinado y para una cobertura concreta; incorpora la prima pura de riesgo, pero también los gastos por la evaluación del riesgo, los gastos administrativos, la comisión del canal de comercialización, entre otros.
- cc) **SUMA ASEGURADA:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía por cada Asegurado, a consecuencia del riesgo cubierto de acuerdo con las estipulaciones consignadas en esta Póliza y los documentos que forman parte de esta. Con el pago de la Suma Asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en el Consentimiento-Certificado de Seguro.

dd) SOLICITUD DE SEGURO: Documento mediante el cual el tomador del seguro o Contratante solicita o pide a la institución de seguros las coberturas de descritas en el documento y en consecuencia la emisión de la correspondiente Póliza.

ee) RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN: Es la indemnización indicada en el cuadro de coberturas que se pagará por cada día de hospitalización siempre y cuando el Asegurado permanezca hospitalizado por más de dos días en condición de paciente interno a consecuencia de una lesión por accidente cubierto por la Póliza.

CLÁUSULA 5.- LIMITES DE RESPONSABILIDAD

Es la cantidad máxima que la Compañía pagará al Contratante y/o Beneficiario ante la ocurrencia de alguno de los riesgos cubiertos y siempre que ocurran dentro de la vigencia de la presente Póliza. Dicho límite está establecido y debe aparecer estipulado en la Póliza del seguro.

CLAÚSULA 6.- DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado perderá todo derecho a las indemnizaciones y la Compañía quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta Póliza, cuando el Asegurado realice declaraciones que fueren falsas, inexactas o que contengan omisiones voluntarias, en la Solicitud de Seguro o cualquier otro documento que entregue a la Compañía respecto a hechos o circunstancias importantes para la apreciación y/o evaluación del riesgo al que se le dará cobertura, de conformidad con lo que al respecto se establece en los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurador 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 haya obrado con dolo o con culpa grave.

La Compañía perderá el derecho de impugnar el Contrato si no manifiesta al Contratante y/o 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 ocurre antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligado el Asegurador a pagar la indemnización. Si el seguro concerniera 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 Contratante 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 ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por el Asegurador o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el Contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieran noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor del Asegurador las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero.

CLÁUSULA 7.- PAGO DE PRIMA

La prima será calculada por la Compañía de acuerdo con la Suma Asegurada, riesgo, edad, entre otros, y; de acuerdo con las tarifas en vigor que se tengan, al momento de la celebración o renovación del Contrato.

La prima será pagada por el Contratante, y resultará de la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo de acuerdo con el análisis del riesgo, edad y Suma Asegurada.

La prima podrá ser cancelada de manera semanal, mensual, trimestral, semestral o anual; tal como lo determine la Compañía con el Contratante. Cuando existan pagos fraccionados en la Póliza, al momento de existir un reclamo, la prima deberá ser cancelada en su totalidad.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación. En este caso, la Compañía reembolsará al Contratante la prima no devengada, según lo establecido por el Contratante y la Compañía.

En los casos de altas dentro del grupo, o de aumentos en las Sumas Aseguradas, se cobrará al Contratante la prima por el período comprendido entre la fecha del nuevo

seguro o cuando el aumento empiece a surtir efecto, y la fecha del vencimiento de la próxima prima.

CLÁUSULA 8.- VIGENCIA

La Compañía asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza que se hará constar en las condiciones particulares y/o especiales.

CLÁUSULA 9.- BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene la facultad de designar en la solicitud de seguro a sus Beneficiarios principales y de contingencia y el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos y serán a quienes la Compañía efectuara el pago de la Suma Asegurada a causa de fallecimiento del Asegurado.

El Asegurado podrá en cualquier momento y sin el consentimiento de la Aseguradora, hacer una nueva designación de nombres y los porcentajes de indemnización de los Beneficiario (s); siempre y cuando la Póliza este en vigor y no exista restricción legal alguna.

El cambio de Beneficiarios deberá ser notificado por escrito a la Compañía, expresando con claridad el o los nombres del beneficiario (s) y sus porcentajes de indemnización. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente en la Compañía, se indemnizará al último (s) Beneficiario (s) del que haya tenido conocimiento; tal situación no implicará responsabilidad alguna para la Compañía.

Si el Asegurado designa más de un (1) Beneficiario y no se indican los porcentajes para cada uno, la Compañía distribuirá la Suma Asegurada en partes iguales para cada Beneficiario.

En caso de que algún Beneficiario fallece antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda se distribuirá a favor de los demás Beneficiarios sobrevivientes en partes iguales, y si todos fallecieran la Suma Asegurada convenida se pagará a los herederos legales del Asegurado. A los efectos del presente contrato de seguro, se presume que el Beneficiario de que se trate hubiese fallecido simultáneamente con el Asegurado cuando el suceso que da origen al fallecimiento ocurra en un mismo momento, independientemente que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

Por herederos o causahabientes designados como beneficiarios deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al asegurado en caso de herencia legítima y el conyugue que sobreviva, y después, si no hay descendientes ni conyugues, las demás personas con derecho de sucesión

Si el Asegurado Omitiere expresar el grado de parentesco o designare como beneficiario de su póliza a personas que no deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada uno, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales

CLÁUSULA 10.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

1. Proporcionar a la Compañía toda la información requerida de los Asegurados.
2. Recaudar y pagar a la Compañía el valor de la prima con la que contribuyen los Asegurados.
3. Pagar a la Compañía la prima total.
4. Informar a la Compañía por escrito o por los canales autorizados, cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:
 - a. Ingreso al Grupo Asegurado de nuevas personas, para lo cual deberá adjuntar los consentimientos respectivos y demás documentación requerida por la Compañía.
 - b. La separación definitiva de alguna persona que forma parte del Grupo Asegurado; por haber dejado de ser miembros elegibles, los que hayan cancelado el saldo del préstamo Asegurado; y aquellos que hayan cumplido con la edad máxima estipulada en el presente Contrato de Seguros.
 - c. Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la Póliza.
 - d. La terminación de su calidad como Contratante.
5. Dar a conocer a las personas que van a formar parte del Grupo Asegurable de la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
6. Entregar copia del Certificado del Seguro a cada persona del Grupo Asegurado.

En el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al Asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por la Compañía. (En caso de que aplique)

CLÁUSULA 11.- PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

1. Presentar información falsa de los Asegurados a la Compañía.
2. Efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
3. No pagar en su debido momento a la Compañía, la cantidad de la prima con la que contribuye el Grupo Asegurado.

4. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Compañía y que pertenecen al Asegurado o a sus beneficiarios.

CLÁUSULA 12.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre alguna 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.

Para los efectos del párrafo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el Contrato hubiera conocido una agravación análoga; y,
- II. 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 caso de que aplique.

La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el Contrato de Seguros. La responsabilidad concluirá quince (15) días calendario después de haber comunicado su resolución al Contratante y/o Asegurado.

CLÁUSULA 13.- AVISO DEL SINIESTRO

En caso de cualquier siniestro amparado en la presente Póliza, el Contratante y/o Beneficiario designado debe dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro, indicando la fecha, hora y circunstancias que lo produjeron.

El Contratante y/o Beneficiario designado deberá comprobar el reclamo, utilizando el formulario que para tal objeto proporciona la Compañía y de acuerdo con las instrucciones contenidas en el mismo. De igual manera, éstos estarán obligados a presentar a la Compañía, cualquier otro documento que se les requiera con el objeto de comprobar el reclamo.

El Contratante proporcionará a la Compañía en caso de reclamación por las coberturas de aplicables al Estudiante Reembolso de Gastos Médicos por Accidente y Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación debidamente completado.
2. Copia por ambos lados de la Certificación de nacimiento en caso de ser menor de edad y/o copia del Documento Nacional de Identificación del Asegurado fallecido y su original para verificación, cuando sea necesario.
3. Constancia Médica y/o Certificado emitido por el Colegio Médico de Honduras (CMH), indicando los días de hospitalización para la cobertura de renta diaria por hospitalización.
4. Facturas de los gastos médicos incurridos.
5. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del siniestro.

El Contratante proporcionará a la Compañía, en caso de reclamación por fallecimiento del padre, madre o tutor legal los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación debidamente completado.
2. Certificación original de Acta Defunción del Asegurado o copia debidamente autenticada, emitida por el Registro Nacional de las Personas (RNP).
3. Copia por ambos lados del Documento Nacional de Identificación del Asegurado fallecido y su original para verificación, cuando sea necesario.
4. Constancia Médica y/o Certificado emitido por el Colegio Médico de Honduras (CMH), cuando sea necesario.
5. Certificación original de la autopsia, constancia del Ministerio Público (MP), parte de tránsito y/o cualquier documento emitido por la Autoridad Competente; en caso de homicidio, muerte accidental, muerte violenta y/o suicidio.
6. Copia del Documento Nacional de Identificación y su original para verificación de los Beneficiarios mayores de edad. En caso de existir Beneficiarios menores de edad, se requerirá copia de la Certificación de Nacimiento de los menores y copia del Documento de Identificación Nacional del padre o de la madre que sobreviva y Certificación de Tutoría Legal, en los casos que aplique.

7. Formulario de identificación de Beneficiario final del reclamo, debidamente completado.
8. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del siniestro.

El Contratante proporcionará a la Compañía, en caso de reclamación por incapacidad total permanente del padre, madre o tutor legal los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación debidamente completado.
2. Copia por ambos lados del Documento Nacional de Identificación del Asegurado y su original para verificación, cuando sea necesario.
3. Dictamen original emitido por la Comisión Técnica de Invalidez del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); en caso de no contar con acceso a ser evaluado por la Comisión Técnica de Invalidez del IHSS, deberá someterse a evaluación médica por profesionales de la medicina que designe la Compañía.
4. Formulario de identificación de Beneficiario final del reclamo, debidamente completado.
5. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del siniestro.

El Contratante proporcionará a la Compañía en caso de reclamación por causa de desmembramiento y/o pérdida de la vista por accidente del padre, madre o tutor legal, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación debidamente completado.
2. Copia por ambos lados del Documento de Identificación Nacional del asegurado y su original para verificación, cuando sea necesario.
3. Constancia Médica y/o Certificado emitido por el Colegio Médico de Honduras (CMH), indicando el porcentaje de la pérdida por desmembramiento accidental.
4. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del siniestro.

La Compañía queda facultada para realizar las investigaciones que sean necesarias para evaluación y resolución del caso.

Si el Contratante o Beneficiario no cumplen con la obligación de reportar el siniestro en los términos establecidos en la Póliza o en las disposiciones legales respectivas, la Compañía quedará desligada de sus obligaciones si:

- a. Se omite el aviso del siniestro a fin de impedir que se compruebe oportunamente sus circunstancias.
- b. Con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente los hechos referentes al siniestro que pudiere excluir o restringir sus obligaciones;
- c. Con igual propósito, no se le remite oportunamente a la Compañía la documentación referente al siniestro.

CLÁUSULA 14.- TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este Contrato de Seguro termina por las siguientes causas:

- a) Cumplida la fecha de terminación de la vigencia de la Póliza.
- b) Por falta de pago de la prima.
- c) Cuando se cancele por escrito la Póliza por medio del Contratante.
- d) Cuando se cancele por escrito la Póliza por parte de la Compañía.
- e) Al cumplir el Asegurado veintitrés (23) años para las coberturas aplicables al estudiante.
- f) Al cumplir el Asegurado sesenta (70) años para las coberturas aplicables al padre, madre o tutor legal.
- g) Al cumplir el Asegurado sesenta y cinco (65) años para la cobertura aplicable al padre, madre o tutor legal en caso de incapacidad total permanente
- h) Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.
- i) Al ocurrir el estado de invalidez o incapacidad total permanente del Asegurado.
- j) Cuando el estudiante deje de formar parte del Centro Educativo y/o Universidad.
- k) Declaraciones inexactas o falsas por parte del Contratante y/o del Asegurado.
- l) La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el Contrato.

CLÁUSULA 15.- RENOVACIÓN

La Compañía renovará este Contrato por otro periodo anual, bajo las condiciones que la Compañía indique y que el Contratante acepte, siempre y cuando las primas de la vigencia anterior estén pagadas a totalidad por el Contratante. Los efectos del Contrato cesarán automáticamente treinta (30) calendarios después de la fecha de vencimiento de la prima.

CLÁUSULA 16.- PRESCRIPCIÓN

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

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que La Compañía 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, esta 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 se trata el artículo 1133 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 17.- CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus Contratantes 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 salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLAUSULA 18.- COMUNICACIONES

Toda solicitud o comunicación a la Compañía relacionada con la presente Póliza, deberá realizarse por escrito a la Oficina Principal o sucursales de la misma. Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante o Asegurado las enviara por escrito a la última dirección conocida por ella. Salvo pacto expreso en contrario, que constará por escrito, el aviso del siniestro podrá ser válido, dándolo a una oficina de la Compañía.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al Asegurado y/o al Contratante la nueva dirección en la República de Honduras para todas las informaciones y avisos que deben enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

CLÁUSULA 19.- TERRITORIALIDAD

Esta Póliza cubre sin restricciones relativas a residencia, ocupación, viajes, género de vida y lugar en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando su ocupación esté dentro de los marcos legales establecidos.

CLÁUSULA 20.- SUICIDIO

En caso de fallecimiento por causa de suicidio de un Asegurado, cualquiera que sea su estado mental o el móvil del suicidio, la Compañía pagará la Suma Asegurada luego de transcurridos dos (2) años consecutivos de cobertura de un Asegurado dentro de la Póliza.

CLÁUSULA 21.- EDAD

A. COBERTURAS APLICABLES AL ESTUDIANTE

Al momento de tomar el seguro deben de tener una edad comprendida desde los cero (0) años hasta los veintitrés (23) años. Cuando sea menor de edad deberá ser contratado por medio del representante legal;

B. COBERTURAS APLICABLES AL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Al momento de tomar el seguro deben tener una edad comprendida entre los dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años. Con terminación de la cobertura al cumplir los setenta (70) años, únicamente para la cobertura por fallecimiento y en el caso de la cobertura por invalidez o incapacidad total permanente la edad máxima de asegurabilidad será hasta los sesenta y cinco (65) años.

Para las coberturas adicionales estipuladas mediante Endosos o Anexos, los límites de edad quedan estipulados en cada uno de los anexos respectivos.

Si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, 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 Compañía 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 Compañía 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 hubiere 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 estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar 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;

Y IV.-Si, con posterioridad a la muerte del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía 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 esta 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 empresa pruebas fehacientes de su edad, la Compañía anotará la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado. Conforme los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

CLAÚSULA 22.- PERÍODO DE GRACIA

El Contratante dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la Póliza, si el pago no es efectuado, el contrato cesará en sus efectos automáticamente. En el caso que se pacten pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado período de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes. En caso de siniestro, la Compañía deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

CLAÚSULA 23.- REHABILITACIÓN

En caso de que proceda la rehabilitación, el Asegurado deberá:

1. Pagar las primas atrasadas y someterse a las pruebas de asegurabilidad que la Compañía estime conveniente.

La cobertura no podrá ser rehabilitada cuando:

1. La cancelación de la Póliza hubiese sido por falta recurrente de pago por parte del Contratante o del Asegurado.
2. En caso de que el Contratante o Asegurado se encuentre comprendido en un listado restrictivo en la base de datos de la Compañía, con bloqueo o congelamiento.

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 Compañía la hubiere modificado el riesgo aceptado, pudiera producir nulidad del Contrato; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o reticencia, no manifestare al Contratante y/o Asegurados su deseo de impugnar el Contrato dentro de los tres (3) meses en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante y/o Asegurados hubiesen procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que estos harán a la Compañía dentro de los tres (3) 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 (2) 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, después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un período de dos (2) años contados desde la fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente Registro de Asegurados.

CLÁUSULA 25.-DEDUCIBLE

La Compañía se compromete a indemnizar una cantidad diaria como renta diaria por hospitalización, estableciendo límites de días a indemnizar y deducible, a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado, siempre y cuando la Póliza este en vigor.

CLÁUSULA 26.- REPOSICIÓN

En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza o de algún Certificado de Seguro, la Compañía tendrá la obligación de expedir, a solicitud y a costa del Contratante y/o Asegurado, copia o duplicado de la Póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta.

CLÁUSULA 27.- REGISTRO DE ASEGURADOS

El Contratante queda obligado a proporcionar mensualmente a la Compañía, la información de los Asegurados.

La información deberá ser remitida mediante listados electrónicos los cuales deben de contener como mínimo lo siguiente:

- a) Nombre completo del estudiante
- b) Nombre completo del padre, madre o tutor legal
- c) Fecha de Nacimiento incisos a y b
- d) Numero de documento de Identificación Nacional (DNI); incisos a y b
- c) Edad; incisos a y b
- e) Suma Asegurada
- f) Prima
- g) Fecha de vigencia

La Compañía entregará al Contratante, además de la Póliza y de los Consentimientos-Certificados de seguro, un listado del Registro de los Asegurados.

CLÁUSULA 28.- INGRESO AL GRUPO ASEGURADO

Pueden ingresar al Grupo Asegurado todas las personas que, formando parte activa del Grupo Asegurable, entreguen a la Compañía, por medio del Contratante, su correspondiente consentimiento y, la información requerida por la Compañía y sus edades estén dentro de los límites establecidos por la Compañía. Los Asegurados formarán parte de la Póliza y sus respectivos seguros entrarán en vigor, siempre y cuando sean aceptados por la Compañía.

Los miembros del Grupo Asegurable que no den su consentimiento a la Compañía, por medio del Contratante, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que tengan derecho de ingresar al Grupo Asegurado, deberán presentar a su costa, pruebas de buena salud y de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía. En este caso el seguro entrará en vigor desde la fecha en que los acepte la Compañía.

CLÁUSULA 29.- BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

El Contratante dará aviso inmediato a la Compañía, de las personas que por cualquier causa dejen de pertenecer al Grupo Asegurado, así como de la fecha de la separación. En caso de separación de algún asegurado sin que el Contratante dé aviso oportuno a la Compañía, los efectos de su seguro terminarán en la fecha en que deje de pertenecer al Grupo Asegurable.

CLÁUSULA 30.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización se realizará en las oficinas principales de la Compañía o donde se estipule, dentro de los sesenta (60) días hábiles a partir del recibo del último documento para completar la información solicitada por la Compañía y conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y sus reformas.

CLÁUSULA 31.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) involucrado (s) presenta (n) una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
2. Si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el siguiente párrafo.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de Informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

3. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas y Anexos de la Póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.

CLÁUSULA 32.- MONEDA

Todos los pagos hechos por el Contratante y y/o Asegurado deben ser ejecutados en la moneda establecida en la Solicitud de Seguro. A su vez, es obligatorio para la Compañía atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

CLÁUSULA 33.- MODIFICACIONES

Ninguna modificación a esta Póliza será válida si no está autorizada por la firma de los funcionarios de la Compañía y el Asegurado. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona de la Compañía no tienen facultad para hacer concesiones o modificaciones algunas. Toda modificación se hará constar en la propia Póliza o en un anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las Condiciones Particulares y/o Especiales que se anexen a las Condiciones Generales del Contrato deberán en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente al Asegurado, previo registro de los cambios en la Comisión. En caso de controversia entre las condiciones generales y particulares prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del Seguro. El Asegurado tendrá derecho a que se le aplique las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Asegurado estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda en

la prima, y de no estar de acuerdo con las modificaciones el Asegurado podrá rescindir del Contrato.

CLÁUSULA 34.- ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FTP

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 Contrato de Seguros se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del Contrato.

CLÁUSULA 35.- NORMAS SUPLETORIAS

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

