

SEGURO FLEXIAHORRO CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

CLÁUSULA No1. COBERTURA

El Programa de Coberturas está constituido por la Cobertura Básica por Fallecimiento y las Coberturas Adicionales que opcionalmente pueden ser contratadas.

1.COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO

Es la cantidad pagadera por La Compañía en caso de fallecimiento del Asegurado, según la Alternativa de Indemnización que se hubiere seleccionado.

ALTERNATIVAS DE INDEMNIZACIÓN

ALTERNATIVA A) SUMA ASEGURADA MÁS FONDO EN ADMINISTRACIÓN.- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, más el saldo de Fondo en Administración a la fecha en que se haga la liquidación.

ALTERNATIVA B) SUMA ASEGURADA NIVELADA.- Con la Suma Asegurada Básica el asegurado escoge el monto del beneficio por muerte. Entonces, a medida que aumenta el Fondo en Administración, disminuye el monto de seguro puro.

En algunas situaciones, de acuerdo con el monto de las aportaciones hechas por el asegurado, y las metas de seguro puro y de ahorro, el Fondo en Administración puede igualar o superar la Suma Asegurada Básica, con lo que el seguro puro desaparece y el beneficio por muerte será el Fondo en Administración.

Debido a lo anterior, la póliza establece que, al ocurrir el fallecimiento del asegurado, se pagará la cantidad que resulte mayor entre:

- 1) La suma asegurada que aparece en la Carátula de la Póliza, y
- 2) El Fondo en Administración constituido a la fecha en que se haga la liquidación.

Obsérvese que la Suma Asegurada Básica tiene dos significados diferentes, de acuerdo con la Alternativa escogida:

1) De “Seguro Puro” cuando se escoge la Alternativa A, en cuyo caso el beneficio por muerte siempre es la Suma Asegurada Básica más el Fondo en Administración, y

2) De beneficio total por muerte cuando se elige la Alternativa B, en cuyo caso el beneficio por muerte será la Suma Asegurada Básica, con la excepción de que, si el Fondo en Administración al momento del fallecimiento es mayor a la Suma Asegurada Básica, se pagará el Fondo en Administración.

2. COBERTURAS ADICIONALES

A continuación, se describen todas las Coberturas Adicionales que es posible agregar a la Cobertura Básica por Fallecimiento, pero solamente tendrán efectividad las que aparecen identificadas en el Programa de Coberturas de la Carátula de la Póliza, para las cuales se haya efectuado el pago del Costo de Protección correspondiente.

A) COBERTURA DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DIMAP): En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta cobertura. Si el Asegurado no fallece, pero sufre pérdidas orgánicas, de la vista o la audición, se pagará al propio Asegurado, el porcentaje de la suma Asegurada de acuerdo con la Escala de Indemnizaciones que aparece en la presente Cobertura.

Las indemnizaciones a que se refiere esta Cobertura sólo procederán si el accidente que dé origen al siniestro satisface la definición que aparece a continuación, ocurre durante el período de vigencia de esta Cobertura, y la muerte o pérdidas orgánicas, de la vista o la audición se presentan dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho accidente.

Se entenderá por accidente, aquel que produzca al Asegurado una lesión corporal, debida a la acción directa o violenta por causas externas, imprevistas y ajenas a la voluntad del Asegurado o la de un tercero, y de cuya lesión exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo, excepto en el caso de ahogamiento o de lesión interna revelada por autopsia, que no se requerirá tal evidencia.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:

- a. La asfixia o intoxicación por vapores o gases;
- b. La asfixia por inmersión u obstrucción;

- c. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado siempre que no hayan sido suministrados intencionalmente;
- d. El carbunco o tétano de origen traumático;
- e. La intoxicación o las infecciones microbianas originadas mediante heridas externas producidas como consecuencia de lesiones accidentales; y
- f. La rabia.

La suma asegurada para esta Cobertura será la que se indica en el Programa de Coberturas de la Carátula de esta Póliza.

| ESCALA DE INDEMNIZACIONES POR MUERTE O PERDIDAS ORGANICAS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE | |
|--|--|
| Por la pérdida de : | % de la suma asegurada de muerte Accidental |
| La vida del Asegurado | 100% |
| Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos | 100% |
| Una mano y un pie | 100% |
| Una mano o un pie y la vista de un ojo | 100% |
| Una mano o un pie | 50% |
| La vista de un ojo | 50% |
| Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos | 30% |
| La audición de ambos oídos | 25% |
| El dedo pulgar de la mano derecha | 25% |
| El dedo pulgar de la mano izquierda | 20% |
| El dedo índice de la mano derecha | 10% |
| El dedo índice de la mano izquierda | 8% |
| El dedo medio, anular o meñique de la mano derecha, c/u | 5% |
| El dedo medio, anular o meñique de la mano izquierda, c/u | 4% |

Si el Asegurado ha declarado ser Zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización correspondientes.

La responsabilidad de la Compañía, en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriera en uno o más eventos varias de las pérdidas especificadas.

Por pérdida se entenderá:

De una mano: su separación a nivel de la articulación de la muñeca o arriba de ella.

De un pie: su separación de la articulación del tobillo o arriba de ella.

De los dedos: la separación de dos falanges completas, cuando menos.

De la vista de un ojo: la pérdida completa, definitiva e irreparable de la visión de dicho ojo.

De la audición de 1os oídos: la pérdida completa, definitiva e irreparable de la audición de ambos oídos.

CASOS ESPECIALES

Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura se duplicarán si la muerte o pérdidas orgánicas, de la vista o la audición causadas por el accidente son sufridas por el Asegurado en cualquiera de los siguientes casos especiales:

- a.-Cuando el asegurado viaje como pasajero, pagando pasaje, en un vehículo de transporte no aéreo, de línea comercial debidamente autorizada con itinerario regular, entendiéndose coma tal, todo aquel que sea realizado por una Empresa autorizada, en forma profesional y sistemática, independientemente de los lugares en que haya conexión; pero no al momento de ascender o descender del mismo a consecuencia de ello;
- b.-Cuando el Asegurado se encuentre en el interior de un ascensor de uso público, viajando como pasajero;
- c.-A consecuencia de incendio de un teatro, hotel o Edificio Público, cuando el Asegurado se encuentre en el interior del mismo al inicio de la conflagración y siempre que no sea el lugar de su trabajo.

PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO

El derecho establecido en esta cobertura se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas legalmente aceptadas de que la lesión o lesiones que causen la muerte o pérdidas orgánicas, en la persona del Asegurado, se debieron a un accidente ocurrido durante el período de vigencia de esta Cobertura.

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD

La edad de ingreso mínima para esta cobertura será de dieciocho (18) años y máxima de sesenta (60) años; además, se cancelará automáticamente a partir del aniversario de la póliza, inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, o bien al realizarse cualquier indemnización u otorgarse cualquier beneficio derivado de esta cobertura o de la Invalidez; En el caso de Pérdidas Orgánicas indemnizadas bajo esta cobertura, la Suma Asegurada para DIMAP quedará disminuida en el porcentaje que la Compañía haya indemnizado.

El Asegurado podrá dejar sin efecto esta Cobertura solicitándolo por escrito a la Compañía. En este caso se suspenderá el Costo de Protección correspondiente.

B) COBERTURA DE EXENCIÓN DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ECSIT): En caso de que se declare médicamente el estado de invalidez total y permanente del Asegurado, a causa de accidente o enfermedad, y que la invalidez ocurra durante el período de vigencia de esta Cobertura y antes del aniversario de la Póliza inmediato siguiente a la fecha en que el asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, La Compañía exonerará al Asegurado del Costo de Protección de la Cobertura Básica por Fallecimiento, más el Costo de Protección del Endoso de Protección al Cónyuge (EPCO), Endoso de Protección a Hijos (EPIH), Endoso de Seguro Adicional (ESA) y Endoso de Asegurado Adicional (EAA) que estuvieren vigentes y especificados en la carátula de esta póliza, continuando las Coberturas vigentes en las mismas Condiciones hasta la expiración de la edad máxima de Protección de cada Beneficio cubierto, sin que el Asegurado tenga que realizar aportación alguna.

Si la invalidez Total y Permanente ocurriera durante el período de vigencia de esta cobertura y durante el plazo comprendido entre el inicio del aniversario de la póliza inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad y el fin del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, este beneficio será efectivo hasta el fin del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad, o la expiración de la edad máxima de protección de cada Beneficio cubierto, la que ocurra primero.

Queda entendido que la Cobertura Adicional Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DIMAP), terminará Automáticamente al aplicarse el beneficio concedido por esta cobertura.

La exención a que se refiere esta Cobertura solo precederá si la invalidez que de origen al siniestro satisface la definición que aparece a continuación y mientras dicho estado de invalidez persista.

Se considerará **INVALIDEZ TOTAL** cuando el Asegurado esté incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo u ocupación que le genere utilidad o remuneración; y se considerará como **PERMANENTE** cuando razonablemente no pueda esperarse la recuperación de la capacidad del Asegurado para el resto de su vida.

Se considerará específicamente como Invalidez Total Permanente:

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

e) La pérdida total de una mano o un pie y la vista de un ojo.

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

PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO

El derecho establecido es esta Cobertura se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas legalmente aceptadas de que el Asegurado ha sufrido el estado de Invalidez Total y Permanente debido a un evento ocurrido durante el período de vigencia de esta Cobertura y que hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses desde la fecha de su iniciación, excepto si se tratase de las pérdidas orgánicas mencionadas en la definición de Invalidez Total y Permanente en que no se exigirá dicho plazo.

EFFECTIVIDAD DE LA COBERTURA

El derecho que otorga esta Cobertura será efectivo a partir de la fecha en que la Compañía acepte las pruebas legales de la Invalidez Total y Permanente del Asegurado; sin embargo, la exención del costo del seguro será retroactiva a la fecha en que se hayan declarado médicamente el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD

La edad de ingreso mínima para esta cobertura será de dieciocho (18) años y máxima de cincuenta y nueve (59) años; además, se cancelará automáticamente a partir del aniversario de la Póliza inmediato Siguiendo a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad contratada según las condiciones particulares, o bien al realizarse cualquier indemnización u otorgarse cualquier beneficio derivado de estas Coberturas o de la Cobertura por Accidente.

El Asegurado podrá dejar sin efecto esta Cobertura solicitándolo por escrito a la Compañía. En este caso se suspenderá el Costo de Protección correspondiente.

COMPROBACIÓN DE PERMANENCIA DEL ESTADO DE INVALIDEZ

Cuando lo estime necesario, la Compañía podrá exigir comprobación de que continua el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado. Si éste se niega a esa comprobación, o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesarán automáticamente los efectos de Exención del Costo de Seguro.

C) ENDOSO DE PROTECCIÓN AL CÓNYUGE (EPCO)

En consideración a la respectiva solicitud escrita y a la Deducción Mensual pagadera en las mismas fechas y bajo las mismas condiciones que las de esta póliza, podrá incluirse el cónyuge como Asegurado. El cónyuge, según el caso,

es el esposo o la esposa, compañero o compañera de hogar con quién haga vida marital declarado como tal en la Solicitud.

Al ocurrir el fallecimiento del cónyuge, si éste ocurre durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará a los beneficiarios designados por éste la suma asegurada establecida para esta cobertura en el Programa de Coberturas de la Carátula de la póliza.

DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y PLAZO DE VIGENCIA

El seguro que confiere esta cobertura es un seguro temporal o a término, cuya vigencia empieza en la fecha de emisión del mismo y termina al ocurrir cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a. El aniversario de la Póliza más cercano a los sesenta y cinco (65) años de edad del Cónyuge asegurado o;
- b. La terminación de esta Póliza. Si la terminación es por muerte del Asegurado Principal, esta cobertura se mantendrá vigente hasta el aniversario de la Póliza más cercano a los sesenta y cinco (65) años de edad del Cónyuge asegurado.

EXENCIÓN DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si la Póliza ha sido emitida con la Cobertura de exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT) y el Asegurado Principal a consecuencia de una Invalidez Total y Permanente se acoge a los beneficios de dicha cobertura, las deducciones adicionales en virtud de esta cobertura serán exoneradas mientras persista tal incapacidad.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

El Cónyuge Asegurado mediante solicitud escrita a la Compañía podrá durante la vigencia de esta cobertura, convertir su seguro a un Plan Individual de Seguro de Vida Permanente de los que tenga vigentes en ese momento la Compañía, sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad.

La suma asegurada de la nueva Póliza no podrá exceder a la de esta cobertura y se emitirá sin beneficios adicionales. Las primas se calcularán de acuerdo con la edad alcanzada, la clasificación de la salud del Cónyuge asegurado en la fecha de emisión de esta cobertura y tarifas vigentes del Plan seleccionado al momento de la conversión.

TERMINACIÓN

El contratante podrá cancelar este Convenio en cualquier momento, mediante petición escrita a la Compañía y entrega de la póliza para el Endoso de tal cancelación.

Este Convenio terminará automáticamente cuando una deducción pagadera en virtud de la Póliza, inclusive la deducción de esta cobertura, no fuere pagada su vencimiento o dentro del período de gracia.

Esta cobertura queda sujeta a los términos y Condiciones de la presente Póliza y el valor efectivo o de rescate no se aumentarán.

D) ENDOSO DE PROTECCIÓN A HIJOS (EPHI)

En consideración a la respectiva solicitud escrita y a la Deducción Mensual pagadera en las mismas fechas y bajo las mismas Condiciones que las de esta Póliza, podrá incluirse como asegurados a los Hijos elegibles.

Son elegibles para este seguro los hijos cuyas edades se encuentren entre los doce (12) años cumplidos y veinticuatro (24) años, siempre que sean solteros y dependan económicamente del Asegurado para su ayuda y sostenimiento. También son elegibles los hijos que después de la fecha de este Endoso adquieran estas condiciones de elegibilidad.

Ningún hijo se considerara asegurado bajo este Endoso a no ser que su nombre aparezca en la Oferta de este Endoso y sea aceptado por la Compañía. Cuando el Asegurado desee incluir otros hijos dependientes y sean aceptados por la Compañía, se hará por medio de la emisión de un nuevo Endoso de la misma fecha pero con un nuevo listado de los hijos asegurados.

Al ocurrir el fallecimiento de un Hijo Asegurado conforme queda definido en esta Clausula, la Compañía pagará al Asegurado Principal o Representante Legal la suma asegurada establecida para esta cobertura en el Programa de Coberturas de la Carátula de la Póliza.

DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y PLAZO DE VIGENCIA

El seguro que confiere esta cobertura es un seguro temporal o a termino, cuya vigencia empieza con la fecha de emisión del mismo y termina al ocurrir cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) El aniversario de la póliza más cercano a los veinticinco (25) años de edad de cada Hijo Asegurado ; o
- b) El aniversario de la póliza más cercano a la fecha del plazo contratado por el Asegurado Principal, según se pacte en las condiciones particulares; o
- c) La terminación de esta póliza. Si la terminación es por muerte del Asegurado Principal, esta Cobertura se mantendrá vigente para cada Hijo Asegurado, hasta el aniversario de la Póliza más cercano a los veinticinco (25) años de edad de cada Hijo Asegurado.

EXENCIÓN DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si la Póliza ha sido emitida con la Cobertura de exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT) y el Asegurado Principal a consecuencia de una Invalidez Total y Permanente se acoge a los beneficios de dicha cobertura, las deducciones adicionales en virtud de esta cobertura serán exoneradas mientras persista tal incapacidad.

TERMINACIÓN

El contratante podrá cancelar este Convenio en cualquier momento, mediante petición escrita a la Compañía y entrega de la póliza para el Endoso de tal cancelación.

Esta cobertura queda sujeta a los términos y Condiciones de la presente Póliza y el valor efectivo o de rescate no se aumentarán.

E) ENDOSO DE SEGURO ADICIONAL (ESA)

Este Endoso se emite en consideración a la respectiva solicitud escrita y a la prima convenida, pagadera en las mismas fechas y bajo las mismas condiciones que las de esta Póliza hasta que el Asegurado cumpla cien (100) años de edad, o hasta la muerte, si ocurriese antes.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada establecida para este seguro adicional en el Programa de Coberturas de la Carátula de la Póliza, independientemente del importe del seguro de la Póliza de la cual forma parte.

DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y PLAZO DE VIGENCIA

El Seguro que confiere esta cobertura es durante toda la vida del asegurado y termina cuando cumpla cien (100) años de edad, o hasta la muerte, si ocurriese antes.

EXENCIÓN DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si la Póliza ha sido emitida con la Cobertura de Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT) y el Asegurado a consecuencia de una Invalidez Total y Permanente se acoge a los beneficios de dicha cobertura, las deducciones adicionales en virtud de esta cobertura serán exoneradas mientras persista tal incapacidad.

TERMINACIÓN

El contratante podrá cancelar esta cobertura en cualquier momento, mediante petición escrita a la Compañía y entrega de la póliza para el Endoso de tal cancelación.

Esta cobertura queda sujeta a los términos y Condiciones de la presente Póliza y El valor efectivo o de rescate no se aumentarán.

F) ENDOSO DE ASEGURADO ADICIONAL (EAA)

En consideración a la respectiva solicitud escrita y a la prima convenida pagadera en las mismas fechas y bajo las mismas condiciones que las de esta Póliza podrá incluirse uno o más asegurados adicionales. Las deducciones se harán hasta que

el Asegurado cumpla cien (100) años de edad, o hasta la muerte, si ocurriese antes.

Al ocurrir el fallecimiento de un Asegurado Adicional, la Compañía pagará a los beneficiarios designados por éste la suma asegurada establecida en el Programa de Coberturas de la Carátula de la Póliza, para éste Asegurado Adicional.

DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y PLAZO DE VIGENCIA

El seguro que confiere esta cobertura es durante toda la vida del asegurado y termina cuando cumpla cien (100) años de edad, o hasta la muerte, si ocurriese antes.

EXENCIÓN DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si la Póliza ha sido emitida con la Cobertura de Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT) y el Asegurado a consecuencia de una Invalidez Total y Permanente se acoge a los beneficios de dicha cobertura, las deducciones adicionales en virtud de esta cobertura serán exoneradas mientras persista tal incapacidad.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

Cualquier Asegurado Adicional mediante solicitud escrita a la Compañía podrá convertir su seguro a un Plan Individual de Seguro de Vida Permanente de los que tenga vigentes en ese momento la Compañía, sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad, si lo hace durante la vigencia de esta cobertura y antes del aniversario de la Póliza inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado Adicional cumpla setenta y cinco (75) años de edad, o dentro de los noventa (90) días siguientes a la terminación de esta cobertura, si dicha terminación es debida al fallecimiento del Asegurado Principal.

La suma asegurada de la nueva Póliza no podrá exceder a la de esta cobertura y se emitirá sin beneficios adicionales. Las primas se calcularán de acuerdo con la edad alcanzada, la clasificación de la salud del Asegurado Adicional en la fecha de emisión de esta cobertura y las tarifas vigentes del Plan seleccionado al momento de la conversión.

TERMINACIÓN

El contratante podrá cancelar este Convenio en cualquier momento, mediante petición escrita a la Compañía y entrega de la póliza para el Endoso de tal cancelación.

Este Convenio terminará automáticamente en caso de que una deducción pagadera en virtud de la Póliza, inclusive la deducción de esta cobertura, no fuere pagada a su vencimiento o dentro del período de gracia.

Esta cobertura queda sujeta a los términos y Condiciones de la presente Póliza y el valor Efectivo o de Rescate no se aumentarán.

G) ENDOSO DE ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL (ENTER)

Si el Asegurado Principal, un Cónyuge Asegurado mediante el Endoso de Protección al Cónyuge (EPCO) o un Asegurado Adicional, asegurado mediante este Endoso de Asegurado Adicional (EAA) se le ha otorgado este beneficio y llegará a padecer una enfermedad Terminal conforme queda aquí definida, y con sujeción a las condiciones siguientes, la Compañía le anticipará hasta un 50% de la suma asegurada para el caso de fallecimiento de dicho Asegurado.

DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

Es una enfermedad y/o condición física del Asegurado sobre la cual un Médico Especialista legalmente autorizado para ejercer su profesión, haya razonablemente certificado o diagnosticado una expectativa de vida de 12 meses o menos asumiendo que el Asegurado recibirá los tratamientos y servicios médicos adecuados disponibles en la comunidad donde él reside o en otra que ofrezca servicios similares.

MONTO DEL ANTICIPO

El monto del anticipo no podrá exceder del 50% de la suma asegurada para el caso de fallecimiento incluido, en el caso del asegurado Principal, el monto de cualquier seguro adicional suscrito mediante el Endoso de Seguro Adicional (ESA), es sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Para que el anticipo sea elegible, deben haber por lo menos dos (2) años entre la fecha del diagnóstico de la Enfermedad Terminal y la fecha de vencimiento de esta Póliza o del Endoso correspondiente, según se trate del Asegurado Principal, Cónyuge Asegurado u otro Asegurado Adicional;
- b) El monto del anticipo por Enfermedad Terminal más cualquier saldo de primas sobre la Póliza no podrá exceder de dicho 50%;
- c) El monto de los anticipos por ésta y cualquier otra Póliza suscrita con la Compañía, no podrá exceder por cada Asegurado de US\$ 400,000.00.

El Asegurado puede solicitar que parte del anticipo sea utilizado para pagar primas en descubierto.

PERIODO DE ESPERA

El derecho que otorga este Beneficio sólo surtirá efecto, si los primeros síntomas de la Enfermedad Terminal son diagnosticados por primera vez y en forma definitiva por un Médico Especialista legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión después de noventa (90) días contados a partir de la fecha de vigencia del Seguro del Asegurado.

PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO

El derecho establecido en este Endoso se concederá únicamente si se presentan a la Compañía, pruebas fehacientes y a satisfacción de la Compañía de Seguros de que el Asegurado ha sufrido la enfermedad terminal, entre las cuales se incluye una Certificación Médica que reúna las siguientes condiciones:

- a) Ser firmada por un médico Especialista que no sea miembro de la familia inmediata del Asegurado o del Contratante, capacitado para emitir el diagnóstico requerido;
- b) Contener el diagnóstico médico de la Enfermedad Terminal;
- c) Tener la misma fecha del diagnóstico, la cual deberá ser emitida dentro de los noventa (90) días después del diagnóstico de la Enfermedad Terminal;
- d) Especificar la expectativa de vida del Asegurado, la cual razonablemente no puede exceder de 12 meses contados a partir de la fecha de la Certificación, asumiendo que el Asegurado recibirá los tratamientos y servicios médicos adecuados disponibles en la comunidad donde él reside o en otra que ofrezca servicios similares.

La Compañía tendrá derecho de solicitar al Asegurado someterse a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que considere necesarias y que no se haya sometido previamente para confirmar la procedencia del diagnóstico correspondiente.

Si el asegurado se negara a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le deriva del presente Beneficio.

CARGO ADMINISTRATIVO

Este Beneficio se emite sin costo de prima para el Asegurado, sin embargo al momento en que el Asegurado se acogiere a este Beneficio, se hará un cargo único del 2% del monto del anticipo o US\$ 300.00, lo que fuere mayor, como cargo administrativo. El valor del Cargo Administrativo formara parte del anticipo por Enfermedad Terminal.

REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

Al ocurrir una reducción de suma asegurada que haga que el Anticipo Máximo por Enfermedad Terminal, sea menor que el saldo de Anticipo ya concedido, el Asegurado deberá pagar la diferencia.

GRAVAMEN SOBRE LA PÓLIZA

Todo anticipo por Enfermedad Terminal, constituye un gravamen de primer grado que reduce el Beneficio de Indemnización por Muerte del Asegurado. El asegurado puede voluntariamente pagar parcial o totalmente dicho gravamen.

Cualesquier saldo que quedare al momento de fallecimiento, será deducido del monto de la indemnización por Muerte.

LIMITACIONES

El derecho establecido en este Endoso, no se concederá si la Enfermedad Terminal es consecuencia o está en conexión con tentativa de suicidio, así como lesiones provocadas por el propio Asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.

3. DISPOSICIONES COMUNES

OBJETIVOS DE CAPITALIZACIÓN Y RETIRO

Los Objetivos de Capitalización y Retiro están constituidos por los valores efectivos o de rescate acumulados durante la vida de la Póliza.

El Asegurado en cualquier momento después del primer año, podrá solicitar la cancelación de la Póliza por su Valor de Rescate. Este valor podrá ser retirado en una sola exhibición, a través de un Retiro Programado o mediante una Renta Vitalicia, según la decisión que él formule en ese momento.

1. PROGRAMA DE APORTACIONES:

El Programa de Aportaciones es establecido por el propio Asegurado para cubrir el Programa de Coberturas y los Objetivos de Capitalización y Retiro; en virtud de ello, el asegurado acepta realizar los pagos de sus aportaciones en las fechas de vencimiento establecidas, conforme lo indicado en el Programa de Aportaciones que aparecen en la Carátula de la Póliza.

El cumplimiento por parte del Asegurado de su Programa de Aportaciones, permitirá que el Fondo en Administración sea suficiente para mantener en vigor la Póliza.

2. APORTACIONES ADICIONALES:

El Asegurado podrá en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, previa aceptación de la Compañía, realizar aportaciones adicionales a su programa de aportaciones, que serán destinadas a incrementar su Fondo en Administración.

3. MODIFICACIONES AL PROGRAMA DE APORTACIONES:

El Asegurado podrá con sesenta (60) días de anticipación a cualquier aniversario de la Póliza, solicitar por escrito a la Compañía ajustes en su Programa de Aportaciones, modificándose a su conveniencia su Programa de Coberturas y/o los Objetivos de Capitalización y Retiro

4. PERIODO DE GRACIA:

Si el Contratante o Asegurado en su caso, no efectuare el pago de la Prima Programada en la fecha de su vencimiento, y la póliza no tuviere valores de rescate, dispondrán de un período de gracia de treinta y un (31) días para el pago de la prima en descubierto. Si dentro del período de gracia ocurre cualquier evento amparado por el Programa de Coberturas, la Compañía

procederá al pago de la indemnización correspondiente y a deducir de ella, el total de las primas pendientes de pago para completar el año póliza.

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.

CAPITALIZACIÓN

1.FONDO EN ADMINISTRACIÓN: Las aportaciones efectuadas por el Asegurado a su **SEGURO FLEXIAHORRO (PROTECCIÓN- CAPITALIZACIÓN)**, serán acreditadas a un Fondo en administración individual, cuyo propósito es cubrir el Costo de Protección y los gastos operativos, así como constituir el capital necesario para alcanzar los Objetivos de Capitalización y Retiro.

2.MOVIMIENTOS DEL FONDO EN ADMINISTRACIÓN:

El Fondo en Administración en cada Fecha Mensual se calcula así:

- a) El saldo establecido en la fecha mensual previa; más
- b) Las aportaciones periódicas y extraordinarias recibidas desde la fecha mensual previa; más
- c) Intereses Acreditados; menos
- d) Gastos Operativos; menos
- e) Costo de Protección; menos
- f) Cualquier impuesto o derecho que proceda.

La Fecha mensual será la que defina la Compañía para la actualización del Fondo en Administración.

3.COSTO DE PROTECCIÓN: Este costo se determinará mensualmente conforme a los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, aplicando los costos unitarios de protección correspondientes al Programa de Coberturas.

4. GASTOS OPERATIVOS: Estos gastos se determinarán mensualmente conforme a los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros para cubrir los Gastos de Adquisición y Administración del Plan.

5. INTERÉS ACREDITABLE: El interés Acreditable dependerá del que la Compañía obtenga de la inversión de los recursos en Dólares de los Estados Unidos de América (U.S. Dólares) provenientes de este tipo de contratos.

La Compañía garantiza que el interés mínimo acreditable será el 2% (dos por ciento) efectivo anual, equivalente al 0.16515813% efectivo mensual.

6. ESTADO DE CUENTA: La Compañía enviará, al menos una vez al año, a el último domicilio reportado por el Asegurado, un detalle que refleje los movimientos registrados en su Fondo en Administración, desde la fecha del Estado de Cuenta previa.



7. RECTIFICACIÓN DE VALORES APLICADOS: En caso de cualquier error u omisión en la aplicación de las aportaciones o en el cálculo de cualquier valor aplicado al Fondo en Administración, la Compañía efectuará la rectificación correspondiente, reflejándola en el Estado de Cuenta siguiente.

CLÁUSULA No.2 EXCLUSIONES

A continuación, se enumeran las exclusiones de la presente póliza, por lo tanto, ninguna reclamación o evento a consecuencia de ellas, está amparada en la presente póliza.

COBERTURA DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DIMAP):

Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura, no se concederán si la muerte o pérdidas orgánicas del Asegurado se deben a:

- a) Enfermedades, padecimientos mentales, operaciones quirúrgicas o tratamiento médico de cualquier naturaleza que no sean originados por un accidente cubierto;
- b) Suicidio o su tentativa, así como lesiones provocadas por el propio Asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;
- c) El desempeño de funciones policíacas, el servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones;
- d) Homicidio o tentativa de homicidio;
- e) Asesinato o tentativa de asesinato;
- f) Riña, en la que el Asegurado haya sido el provocador;
- g) Accidente de Navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero, en aviones de Empresas Comerciales, en vuelo regular, destinados al servicio de pasajeros y mientras dichos aviones sean manejados por Pilotos de Planta, dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente;
- h) Actos delictivos intencionales cometidos por el propio Asegurado;
- i) Carreras, pruebas a contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos; Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo;
- j) Radiaciones Ionizantes;
- k) La influencia del alcohol o cualquier tipo de droga; siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual o mientras el Asegurado se

encuentre bajo la influencia de drogas, a menos que éstas sean bajo prescripción médica; o,

- l) La influencia de algún enervante, estimulante o similar excepto si han sido prescritos por un médico.

COBERTURA DE EXENCIÓN DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ECSIT):

El derecho establecido en esta Cobertura, no se concederá si la invalidez total y permanente del Asegurado se debe a:

- a) Enfermedades, padecimientos mentales, o lesiones corporales ocurridos antes de la fecha de vigencia o de la última rehabilitación de esta Cobertura;
- b) Tentativa de Suicidio, así como lesiones provocadas por el propio asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;
- c) El desempeño de funciones policíacas, el servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones;
- d) Participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales;
- e) Riña, en la que el Asegurado haya sido el provocador;
- f) Carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículos;
- g) Accidente de Navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero, en aviones de Empresas Comerciales, en vuelo regular, destinados al servicio de pasajeros y mientras dichos aviones sean manejados por Pilotos de Planta, dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente;
- h) Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo;
- i) Radiaciones ionizantes;
- j) La influencia del alcohol o cualquier tipo de droga;
- k) La influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si han sido prescritos por un médico;
- l) Si el estado de invalidez es parcial y permanente o total pero no permanente.

CLÁUSULA No.3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte de esta póliza las Condiciones Generales, sus Condiciones Particulares, los Anexos adheridos a la misma, si los hubiere, la oferta de seguro presentada por el Asegurado a la Compañía y sus declaraciones complementarias, constituyen el Contrato completo de seguro. Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente

dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

CLAUSULA No.4 DEFINICIONES

Para efectos de esta póliza, se define lo siguiente:

ASEGURADO: Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro con la Compañía, por medio de este contrato, la persona asume derechos y obligaciones.

BENEFICIO: Corresponde al conjunto de coberturas que el Asegurado contrata mediante la póliza de Flexiahorro individual.

CONTRATANTE: Es el dueño de la Póliza y puede ejercer durante la vida del Asegurado, cualquier derecho, privilegio u opción contenido en esta Póliza. Cuando el Contratante y el Asegurado Principal son la misma persona, todos los derechos, privilegios u opciones se reunirán en la persona del Asegurado. Cualquier cambio de Contratante deberá ser solicitado por escrito y sólo será efectivo cuando sea aprobado y registrado por la Compañía.

FONDO ACUMULADO: Son las aportaciones efectuadas por el Asegurado a su Seguro Flexiahorro (Protección-Capitalización), serán acreditadas a un Fondo en administración individual, cuyo propósito es cubrir el Costo de Protección y los gastos operativos, así como constituir el capital necesario para alcanzar los Objetivos de Capitalización y Retiro.

FONDO DE ADMINISTRACIÓN: Corresponde al Fondo Acumulado que es administrado por la Compañía.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: La incapacidad permanente total es la situación en la que un Asegurado después de una enfermedad o accidente presenta reducciones anatómicas o funcionales que le impiden desempeñar las funciones fundamentales de su trabajo habitual.

LA COMPAÑÍA: SEGUROS BOLIVAR HONDURAS, S.A. (SEGUROS DAVIVIENDA)

LA LEY: Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

PROGRAMA DE COBERTURAS: Está constituido por la Cobertura Básica por Fallecimiento y las Coberturas Adicionales que opcionalmente pueden ser contratadas.

SUMA ASEGURADA + FONDO ACUMULADO: El Asegurado escoge un monto de seguro puro que es la Suma Asegurada Básica establecida en las Condiciones Particulares. Bajo esta opción, el beneficio por muerte siempre equivale a la Suma Asegurada Básica, más el saldo del Fondo en Administración a la fecha de pago del siniestro.

SUMA ASEGURADA: Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, considerando los decrementos y/o los incrementos de suma asegurada contratados hasta la fecha del siniestro, más el saldo de Fondo en Administración a la fecha en que se haga la liquidación.

SUMA ASEGURADA NIVELADA: Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, la cantidad que resulte mayor entre: 1) La suma asegurada que aparece en la Carátula de la Póliza, considerando los decrementos y/o los incrementos de suma Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No.28/11-04-2022. asegurada contratados hasta la fecha del siniestro y 2) El Fondo en Administración constituido a la fecha en que se haga la liquidación.

CLAUSULA No.5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

CLÁUSULA No.6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

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

La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

La Compañía tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada la Compañía a pagar la indemnización.

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

Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por la Compañía o antes que ésta haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas. Se estará además a lo dispuesto en el Artículo 1142 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No.7 PAGO DE PRIMA

El Programa de Coberturas y los Objetivos de Capitalización y Retiro se han fijado sobre la base de una Prima Programada anual y anticipada, sin embargo, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía, realizar el pago de la Prima Programada por períodos semestrales, siempre anticipadamente, lo cual se hará constar en la Póliza.

Toda aportación deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo oficial correspondiente. No es deber de la Compañía dar noticia de los vencimientos de aportaciones ni gestionar su cobro; si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de residencia del asegurado, esto no sentará precedente alguno de obligación.

La Compañía no exigirá el pago periódico de primas para que la póliza se mantenga en vigor, siempre que el Valor de Rescate sea suficiente para cubrir la siguiente deducción mensual.

CLAUSULA No.8 VIGENCIA

La vigencia de este Contrato será efectiva a partir de las 12:00 horas del día descrito en la Carátula de la Póliza. Y hasta las 12:00 horas de la fecha de finalización del plazo contratado.

CLÁUSULA No.9 BENEFICIARIOS

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

El Asegurado podrá renunciar en forma irrevocable al Derecho de cambiar la designación del beneficiario, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a la Compañía y que conste en la presente Póliza.

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

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

En caso de fallecimiento del Asegurado, las Coberturas Aseguradas y todas las cantidades derivadas de este Contrato, serán pagadas al beneficiario o beneficiarios que resulten serlo según lo estipulado en esta cláusula.

CLÁUSULA No.10 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

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

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

La Compañía dentro del plazo de quince (15) días calendario tendrá la facultad de rescindir el Contrato o de aumentar la prima por el período que falte hasta el vencimiento del seguro, de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio. Si el Asegurado no aceptara el aumento de la prima, la póliza será cancelada y, en tal caso, La Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro.

Si por el contrario, las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente en la fecha del cambio.

CLÁUSULA No.11 AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tengas conocimiento o de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, en un plazo máximo de cinco (5) días, o de treinta (30) si ocurre fuera de la República de Honduras.

La falta de este aviso en el plazo estipulado, permitirá a la Compañía 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 Compañía quedará liberada de sus obligaciones como tal.

La Compañía tiene el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de documentación e informes sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Los documentos originales a presentar para el análisis y pago de la reclamación aparecen enlistados en la contraportada de estas Condiciones Generales.

CLÁUSULA No. 12 TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Seguro de una persona amparada por esta póliza terminará de manera automática e inmediata en las siguientes fechas: a) Aquella en que deje de hacer efectiva cualquier contribución a que se viere obligado, sin perjuicio del período de gracia de treinta (30) días. b) Cuando el Asegurado no cumpla con su obligación de dar al Contratante la parte de la prima que pudiera corresponderle, éste podrá notificarlo a la institución aseguradora con al menos treinta (30) días de anticipación de tal situación con acuse de recibo.

El Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía la cancelación de la Póliza por su Valor de Rescate, quedando la misma sin valor ni efecto a partir de la fecha de solicitud de rescate.



CLÁUSULA No. 13 RENOVACIÓN

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

CLÁUSULA No. 14 PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA No. 15 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Compañía 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 y arbitraje o por la vía judicial, conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

El sometimiento a uno de estos procedimientos, será de cumplimiento obligatorio hasta obtener el laudo arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada según sea el caso, la Comisión no podrá pronunciarse en caso de litigio salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA No. 16 COMUNICACIONES

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

CLÁUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD

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

CLÁUSULA No. 18 SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado o cualesquier Asegurado Adicional por suicidio, cualquiera haya sido su causa y el estado mental o físico, la Compañía pagará a los beneficiarios la suma asegurada correspondiente, excepto cuando el suicidio ocurra

dentro de los primeros dos (2) años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación; en este caso la responsabilidad de la Compañía se limitará, en el caso del Asegurado Principal, al pago del saldo del Fondo en Administración, y en el caso de algún Asegurado Adicional, a la devolución de los cargos mensuales por Costos de Protección que hayan sido aplicados. Igual criterio se aplicará en el caso de incrementos en la suma asegurada.

CLÁUSULA No. 19 EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía para este Contrato son: 12 años como mínimo y 75 años, como máximo, según se pacte en las condiciones particulares.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente antes de que la Compañía efectúe cualquier pago en relación con la presente Póliza. Si la comprobación se hiciera en vida del Asegurado, la Compañía extenderá la respectiva constancia y no podrá exigir nuevas pruebas sobre este extremo, para efectuar cualquier pago.

Si en vida del Asegurado se comprueba que la edad declarada es diferente a la edad real, pero encontrándose dentro de los límites de admisión arriba indicados, se procederá a realizar el pago calculando el monto de la indemnización de acuerdo con la edad real.

La Compañía calculará de acuerdo con la edad Real y los criterios y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, el Programa de Coberturas y/o el Programa de Aportaciones, haciendo los ajustes necesarios al Fondo en Administración, siguiendo los procedimientos establecidos en el Capítulo Cuarto Capitalización.

Si como resultado de dichos ajustes, el Valor de Rescate resultare negativo, e aplicará el Período de Gracia indicado en el Capítulo Tercero Programa de Aportaciones. Caso contrario, la póliza continuará en vigor siguiendo su curso normal de acuerdo con la edad real.

Si al comprobar la edad, esta resulta fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, el contrato se rescindirá, y la Compañía pagará al Asegurado o a los beneficiarios, si la prueba fuese posterior al fallecimiento de aquel, el Valor de Rescate correspondiente a la fecha de la comprobación de la edad.

Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se comprobara que la edad declarada es incorrecta y esta se encuentra dentro de los límites de admisión establecidos, la Compañía pagará el monto de las coberturas que se hubiere podido comprar con las aportaciones cubiertas de acuerdo con la edad real.

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

CLÁUSULA No. 20 PERIODO DE GRACIA

Si el Contratante o Asegurado en su caso, no efectuare el pago de la Prima Programada en la fecha de su vencimiento, y la póliza no tuviere valores en el Fondo de Reserva, dispondrán de un período de gracia de treinta y un (31) días para el pago de la prima en descubierto. Si dentro del período de gracia ocurre cualquier evento amparado por el Programa de Coberturas, la Compañía procederá al pago de la indemnización correspondiente y a deducir de ella, el total de las primas pendientes de pago para completar el año póliza. 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.

CLAUSULA No. 21 REHABILITACIÓN

El Asegurado podrá solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la cancelación.

La rehabilitación quedará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad a costa del Asegurado y a satisfacción de la Compañía, de acuerdo con sus políticas vigentes, así como al pago de la Prima Programada, según la forma de pago.

CLÁUSULA No. 22 INDISPUTABILIDAD

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

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

La presente cláusula de indisputabilidad no aplica para la Cobertura de Doble Indemnización por Muerte Accidental y Perdidas Orgánicas (DIMAP) y la cobertura de Exención del costo del Seguro por Invalidez Total o Permanente (ECSIT), las que serán disputables en cualquier momento durante o después de la vigencia de esta Póliza.

CLÁUSULA No. 23 VALORES GARANTIZADOS

Es el derecho que tiene el Asegurado sobre la póliza de seguro, que están constituidos por: 1. Fondo de Administración: Corresponde al Fondo Acumulado que es administrado por la Compañía. 2. Valor de Rescate (Ver CLÁUSULA No. 29 RESCATE DE COBERTURAS).

PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Compañía de Seguros actuará con celeridad y diligencia en todo el proceso del pago de indemnizaciones, sujetándose a lo estipulado al Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

APLICACIÓN DEL FONDO EN ADMINISTRACIÓN.

1. En caso de fallecimiento del Asegurado dentro de la Vigencia de la Póliza:

La Compañía de Seguros pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado e inscritos en la Póliza, la suma que corresponda a la Alternativa de Indemnización que el Asegurado haya seleccionado y se describa en la Carátula de la Póliza.

2. En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado:

Si el Asegurado contrató la cobertura de Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT), la Compañía de Seguros acreditará al Fondo en Administración, el costo de protección anual de la Cobertura Básica por Fallecimiento, más el Costo de Protección Anual del Endoso de Protección al Cónyuge (EPCO), Endoso de Protección a Hijos (EPHI), Endoso de Seguro Adicional (ESA) y Endoso de Asegurado Adicional (EAA) que estuvieren vigentes y especificados en la Carátula de esta Póliza, de tal manera que el Asegurado quedará exento de cubrir el costo de tales coberturas a partir de la fecha en que sea aceptado por la Compañía de Seguros el estado de Invalidez Total y Permanente.

Si el Asegurado se rehabilita o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesarán automáticamente los efectos de Exención del Costo del Seguro.

La Compañía de Seguros quedará en espera de las instrucciones del Asegurado y, en su caso de las nuevas aportaciones de prima para mantener su seguro en vigor. Mientras tanto se aplicará lo estipulado en el capítulo tercero Programa de Aportaciones.

3. En caso de sobrevivencia del Asegurado al vencimiento de la Póliza:

En caso de que esta Póliza se encuentre en vigor y el Asegurado sobreviva al aniversario de la Póliza más cercano a la fecha en que cumpla cien (100) años de edad, la compañía de Seguros pagará al Asegurado la suma que corresponda a la Alternativa de Indemnización por Muerte que él haya seleccionado y que se describe en la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA No. 24 MONEDA

Esta Póliza ha sido pactada en Dólares de los Estados Unidos de América (US Dólares), en consecuencia, todos los pagos a que haya lugar por esta Póliza se efectuarán en US Dólares.



CLÁUSULA No. 25 CESIÓN

Esta Póliza podrá ser cedida en garantía a terceras personas, traspasándose automáticamente los derechos del Asegurado y de los beneficiarios, en su caso, al cesionario o la persona que este designe; pero la Compañía no asumirá responsabilidad alguna respecto a la validez de tales cesiones.

La cesión se hará mediante declaración suscrita por las partes y notificada por escrito a la Compañía, y tendrá efecto cuando esta avise a las partes que ha recibido la notificación. Si la suma asegurada por cuya garantía se establece la cesión, fuese inferior a los derechos de esta Póliza, la diferencia se pagará al Asegurado o a los beneficiarios, en su caso.

CLÁUSULA No. 26 MODIFICACIONES

Toda modificación a las condiciones particulares de este Contrato deberá ser solicitada por escrito a la Compañía y para su validez, deberá ser aceptada mediante endoso firmado por funcionarios autorizados de la Compañía que se agregará a la Póliza y si procede, actualizará la Carátula de la Póliza.

Los agentes, corredores, promotores de seguros o cualquier otra persona de la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

CLÁUSULA No. 27 LIQUIDACIÓN

Todo adeudo del Asegurado en relación con esta Póliza a favor de la Compañía, será deducido de cualquier pago que esta hubiere de hacer al Asegurado o a los beneficiarios, en razón de la misma.

Si el pago fuera por fallecimiento del Asegurado, la Compañía deducirá además, la cantidad que falte para completar el Costo de Protección anual correspondiente al año en que ocurra el fallecimiento, si se hubiere establecido el pago de las aportaciones en forma fraccionada.

CLÁUSULA No. 28 RESCATE DE COBERTURAS

El Asegurado puede rescatar ya sea parcial o totalmente durante la vigencia de la póliza cada una de las coberturas detalladas a continuación:

1. VALOR DE RESCATE

El Valor de Rescate es la cantidad de dinero que esta a disposición del Contratante en cualquier momento después del primer año de vigencia de esta Póliza como consecuencia de la Póliza de Vida adquirida por el Asegurado Principal. El Valor de Rescate se calcula como el saldo del Fondo en administración en la fecha del calculo menos el cargo por rescate en ese momento y menos cualquier anticipo por Enfermedad Terminal.

El Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía la cancelación de la Póliza por su Valor de Rescate, quedando la misma sin valor ni efecto a partir de la fecha de solicitud de rescate.

2. RETIRO PARCIAL

El Asegurado en cualquier momento después del primer año de vigencia de ésta Póliza, y siempre que la misma tenga valor de Rescate de acuerdo con los registros de la Compañía podrá solicitar por escrito a la Compañía retiros parciales a su Fondo en Administración hasta por el 90% del Valor de Rescate.

Por cada retiro solicitado se aplicará la proporción del cargo de rescate correspondiente y un cargo administrativo de US\$25.00

La entrega de cualquier Retiro Parcial o Valor de Rescate lo efectuará la Compañía dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que se solicita, en el entendido que mientras no se efectúe el pago se continuará aplicando los rendimientos que se genere por la inversión del fondo.

CLÁUSULA No. 29 NO FUMADORES

En las declaraciones formuladas por el Asegurado en la Solicitud de Seguro, la Compañía mediante la anotación en las Condiciones Particulares, hace constar que el Asegurado ha sido calificado como "No fumador". Para los efectos de determinar el Costo de Protección para los "No fumadores", se hará un descuento de dos (2) años a la edad real. En caso de presentarse cambios de dichas condiciones dentro de los dos (2) primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, o de su última rehabilitación, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía dentro de los tres (3) meses siguientes. Transcurridos esos dos (2) años, la Póliza será indisputable. La Compañía dispondrá de treinta (30) días a partir de la fecha en que reciba la comunicación a que se hizo mención anteriormente, para resolver si mantendrá en vigor este beneficio. El descuento de dos (2) años en la Edad de los "No Fumadores" operará únicamente para la cobertura Básica por Fallecimiento.

CLÁUSULA No. 30 MUJERES

Para las personas del sexo femenino, se hará un descuento de tres (3) años a la edad real. El descuento de tres (3) años en la Edad de Mujeres operará únicamente para la Cobertura Básica por Fallecimiento

CLÁUSULA No. 31 EL CONTRATO.

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

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

CLAUSULA No.32 GENERO

En caso de que el Sexo del Asegurado haya sido expresado Falsamente en la Oferta, la Compañía procederá a realizar los ajustes correspondientes, considerando el sexo correcto del Asegurado.

CLAUSULA No.33 MÉTODOS DE CALCULO

Todos los cálculos relacionados con el presente Contrato se realizarán aplicando los criterios y procedimientos establecidos en la base técnica.

CLÁUSULA No. 34 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras. Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLAUSULA No.35 NORMAS SUPLETORIAS

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