

SEGURO DE VIDA PROTECCIÓN FAMILIAR

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 la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como de conformidad con la póliza o contrato.

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

Conforme a las Condiciones de este Contrato, las coberturas son las siguientes:

1. Muerte.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía, a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza, pagará al o a los beneficiarios (s) designados, la suma asegurada contratada.

2. Gastos Fúnebres.

Al ocurrir la muerte del Asegurado, la Compañía, a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza, pagará al o a los beneficiarios (s) designados la suma asegurada contratada para esta cobertura.

3. Adelanto de la Suma Asegurada en Caso de Incapacidad Total y Permanente.

En caso de que, antes de cumplir la edad de 70 años, se declare médicamente el estado de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, a consecuencia de una enfermedad o accidente, la Compañía a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza, indemnizará anticipadamente al Asegurado el 100% de la suma asegurada contratada en la cobertura de Muerte.

La Compañía indemnizará en caso de que al Asegurado le sobreviniere una Incapacidad Total y Permanente, a consecuencia de enfermedad o lesiones accidentales de acuerdo a lo descrito en el Anexo.

COBERTURAS ADICIONALES:

Siempre que se establezca en las Condiciones Particulares y mediante el respectivo pago de una prima adicional, se podrán contratar dentro de esta póliza de forma opcional las siguientes coberturas adicionales.

1. Muerte accidental o desmembramiento por accidente

La Compañía conviene en pagar una indemnización adicional igual a la Suma Asegurada Principal, siempre y cuando el Asegurado falleciera a causa de accidente, o llegara a sufrir a causa del mismo, la pérdida de alguno de los miembros, órganos o funciones de acuerdo a lo descrito en Anexo.

2. Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad

Si el Asegurado a causa de una enfermedad o accidente se hospitaliza, para realizar sus labores diarias, se pagará un monto en concepto de renta diaria de acuerdo a lo descrito en Anexo.

3. Adelanto del 50% de la suma asegurada en caso de enfermedades graves

Se anticipa al Asegurado el 50% de la suma asegurada básica de acuerdo a lo descrito en el Anexo

4. Gastos fúnebres para familiares dependientes del Asegurado.

En caso de fallecimiento de uno de los familiares elegibles del Asegurado, se indemnizará una suma asegurada de acuerdo a lo descrito en el Anexo.

5. Asistencia médica

Con base a las condiciones establecidas en el Anexo de esta cobertura, se otorga al Asegurado y manera opcional a los dependientes, los servicios de asistencia médica, mediante el proveedor que la Compañía designe.

6. Ayuda alimentaria

En caso de fallecimiento del Asegurado la Compañía entregará a los beneficiarios una ayuda alimentaria de acuerdo a lo descrito en el Anexo.

7. Asistencia Funeraria

Con base a las condiciones establecidas en el Anexo de esta cobertura, se otorga al Asegurado, los servicios de asistencia funeraria, mediante el proveedor que la Compañía designe.

8. Asistencia Repatriación

Con base a las condiciones establecidas en el Anexo de esta cobertura, se otorga al Asegurado los servicios de repatriación, mediante el proveedor que la Compañía designe.

Las condiciones propias a cada cobertura adicional son especificadas a través de anexo que se adheriría a la presente póliza.

Asimismo, las Condiciones Generales aplican para las coberturas adicionales contratadas que forman parte de esta póliza, excepto que se especifique lo contrario dentro del anexo propio de cada cobertura adicional.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES:

Los beneficios de esta póliza no aplicarán en los siguientes casos:

2.1 Exclusiones aplicables a la cobertura de muerte y cobertura de gastos funerarios.

No se ampara el fallecimiento del Asegurado o Familiar Dependiente a consecuencia de:

- a. Participación directa en asaltos, tumultos o similares.
- b. Si la muerte es por envenenamiento provocado o suicidio, si éstos ocurren durante el primer año de vigencia de la póliza.
- c. Si la muerte ocurre a causa de una Enfermedad Pre-Existente durante los primeros seis meses de vigencia de haber suscrito, haber aumentado la suma asegurada o haber hecho un cambio en el plan de la póliza, de acuerdo con la definición de enfermedad preexistente especificada en la cláusula No. 4 de la presente póliza.

En caso de preexistencias no declaradas y supera el período establecido para esta exclusión, aplicará lo establecido en la cláusula No.6 Declaraciones Falsas o Inexactas y en la cláusula No.21 Indisputabilidad.

Para las demás coberturas se establecen las exclusiones en cada uno de los Anexos

CLÁUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El contrato de seguro queda constituido por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, endosos y anexos firmados y adheridos a la póliza, si los hubiere.

CLÁUSULA No. 4 DEFINICIONES

Para los efectos de la interpretación y aplicación de la presente Póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

Accidente: Se considera accidente cubierto, aquel que produzca al Asegurado una lesión en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en caso de ahogamiento por inmersión o lesiones internas reveladas por la autopsia) y que ocasione la muerte del Asegurado o la pérdida de alguno de sus miembros, órganos o funciones, siempre que tal lesión sea producida por la acción directa o violenta de causas externas o fortuitas.

Para los efectos de este contrato, se entiende por accidente toda lesión corporal, sufrida por el Asegurado, independientemente de su voluntad, por la acción repentina de un agente externo.

Anexo o Endoso: Documento agregado a la póliza y autorizado por la Compañía para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones al texto de las Condiciones Generales de la póliza, y que forma parte inseparable del contrato.

Asegurado: La o las personas que están protegidas bajo los beneficios proporcionados por esta póliza.

Beneficio: Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado, en caso de ser procedente el siniestro de acuerdo con lo estipulado en el presente Contrato.

Beneficiario: La persona natural o jurídica prevista en la póliza de seguro que recibe la indemnización o prestación convenida.

Cobertura: Responsabilidad asumida por la Compañía en virtud del cual se hace cargo, hasta el límite estipulado del riesgo y las consecuencias económicas derivadas de un siniestro, sujeto a las condiciones de la póliza.

Comisión Nacional de Bancos y Seguros: Entidad encargada de la supervisión, inspección y vigilancia de la actividad bancaria, de seguros, previsionales, de valores y demás relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público.

Compañía: La institución aseguradora denominada Equidad Compañía de Seguros, S.A.

Condiciones Particulares: Documento anexo a esta póliza, que forma parte inseparable de ella, donde se detallan los datos generales del Asegurado, sumas aseguradas, primas, vigencia de la póliza, coberturas, condiciones y acuerdos, tasas y otros detalles.

Deducible: Es el número de días durante el cual el beneficio de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad no aplica.

Edad Límite (Mínima y Máxima): Es la máxima o mínima edad preestablecida para contratar o renovar la póliza.

Entidad Financiera: Persona jurídica que presta servicios financieros y que realiza la actividad de intermediación entre la Compañía y el Asegurado.

Enfermedad: Significa un padecimiento, dolencia, malestar, desorden o condición física que altera la salud del asegurado y se caracteriza por un conjunto reconocible de signos y síntomas que requiere tratamiento médico o quirúrgico indicado por un médico autorizado.

Enfermedades Pre-existentes: Se entiende como tales aquellas enfermedades que, antes de la iniciación de la cobertura de cada Asegurado, fueron diagnosticadas por un médico, fueron aparentes a la vista o que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos e inducirían a la persona asegurada a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Hospital y/o Clínica: Es todo establecimiento público o privado, establecido legalmente para administrar y proporcionar servicios médico-quirúrgicos y equipado con el personal preparado para el tratamiento para el cual se internó el Asegurado y que cuente con la presencia constante las 24 horas del día, los siete días de la semana, de por lo menos un médico graduado y facultado para ejercer la medicina.

Hospitalización: Es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica o accidente.

Indemnización Diaria por Hospitalización: Es el monto que la Compañía pagará al Asegurado cuando se den las condiciones de cobertura prescritas en el anexo considerando el valor diario convenido, el cual se expresa en las Condiciones Particulares de la póliza

Indemnización: La cantidad o prestación a cargo de la Compañía en caso de siniestro, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

La Ley: Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros

Lesión: Para efectos de esta póliza, significa lesión corporal causada por un accidente que ocurra mientras esta póliza se encuentre vigente y que resulte directa e independientemente de toda otra causa, en una pérdida cubierta bajo esta póliza.

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

Paciente Hospitalizado: Es una persona que se encuentra recluida en un hospital como paciente interno, para efectos de este Contrato debe permanecer como mínimo 48 horas continuas internado.

Prima: Es la retribución o precio del seguro cuyo pago es a cargo del Asegurado.

Riesgo: Se emplea este concepto para expresar indistintamente dos (2) ideas diferentes; de un lado, riesgo como la persona asegurada; de otro, riesgo como posible acontecimiento, cuya aparición real o existencia se previene y ampara en la póliza.

Siniestro: Es el acontecimiento o hecho previsto en el contrato, cuyo acaecimiento genera a la Compañía la obligación de indemnizar las coberturas contratadas.

Suma Asegurada: Es la suma o monto asegurado máximo a pagar en caso de que suceda un siniestro, la cual está indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Tarjeta de crédito y/o débito: Límite de crédito rotativo de duración indeterminada al que se tiene acceso a través de una tarjeta plástica que puede ser utilizada para compra de bienes o servicios o disponer de dinero en efectivo, emitida por una Entidad Financiera

Incapacidad Total y Permanente: Es la que inhabilita a un modo absoluto y definitivo al Asegurado.

CLÁUSULA No. 5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite de responsabilidad máximo son las cantidades que pagará la Compañía por las sumas aseguradas contratadas y descritas en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Compañía no habrían 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 Asegurado haya obrado con dolo o con culpa grave.

La Compañía perderá el derecho de impugnar el Contrato si no manifiesta al contratante 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 (1) año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligado La Compañía a pagar la indemnización.

Si el seguro concerniera a varias cosas, 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.

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 ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por La Compañía 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.

Adicionalmente a lo dispuesto en el Artículo 1142 del Código de Comercio.

En los seguros hechos por cuenta de terceros, si éstos tuvieren noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor de la Compañía 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 No. 7 PAGO DE PRIMA

Este contrato se expide con la condición de que el pago de la prima convenida es anual y anticipada, contra débitos automáticos a la cuenta de ahorro, cuenta de cheques, que mantiene el Asegurado o su Cónyuge con la Entidad Financiera que emite la póliza.

El Asegurado puede solicitar realizar el pago de la prima anual en forma fraccionada, por periodos semestral, trimestral o mensual, siempre anticipadamente. No obstante, al ocurrir un siniestro que afecte la cobertura de muerte o incapacidad total y permanente del plan contratado, el saldo de la prima anual pendiente de pago deberá pagarse en su totalidad.

La forma de pago podrá ser modificada en cualquier renovación de la póliza, previa solicitud escrita a la Entidad Financiera que la emitió.

El cobro de las primas será efectuados hasta que el Asegurado notifique por escrito que cancela su autorización para realizar los mismos.

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

Si la prima no fuere pagada dentro de los plazos establecidos en el contrato o en los legales, los efectos del seguro no podrán suspenderse sino quince (15) días después del requerimiento respectivo al asegurado, el cual podrá hacerse por medio de carta certificada con acuse de recibo, dirigida al propio asegurado o a la persona encargada del pago de las primas, al último domicilio conocido por el asegurador.

En el requerimiento se mencionará expresamente su objeto, el importe de la prima y la fecha de su vencimiento, así como el texto íntegro del presente artículo.

Diez (10) días después de la expiración de este plazo, la empresa aseguradora podrá rescindir el contrato o exigir el pago de la prima en la vía ejecutiva.

La rescisión podrá hacerse por medio de una declaración de la empresa dirigida al asegurado en carta certificada con acuse de recibo.

Si el contrato no fuere resuelto producirá todos sus efectos desde el día siguiente a aquel en que se hubieren pagado la prima y los gastos realizados para su cobro.

Para el cómputo de los plazos indicados en este artículo se tendrá en cuenta que no se contará el día del envío de la carta certificada, y que si el último es día festivo se prorrogará el plazo hasta el primer día hábil siguiente. Será nulo todo pacto en contra.

Salvo estipulación en contrario, la prima convenida para el período en curso se adeudará en su totalidad, aun cuando la empresa aseguradora no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo.

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 el asegurador 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 empresa aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva

Aplican las demás regulaciones detalladas en los artículos del 1129 al 1137 del Código de Comercio de Honduras.

Modificación del valor de la prima suscrita

Las Primas de los diversos planes de seguros son aplicadas de acuerdo a la edad del Asegurado, conforme a los siguientes rangos. De modo que al momento de haber un cambio de edad de acuerdo a los rangos establecidos, las Primas se ajustarían a partir de la renovación de conformidad con las Primas vigentes respectivas.

- a. Desde 18 hasta 40 años.
- b. Desde 41 hasta 69 años.

CLÁUSULA No. 8 VIGENCIA

La Vigencia de este contrato será anual, efectiva a partir de la fecha y hora de su emisión, se renovará automáticamente al final de cada año de vigencia, salvo que el Asegurado solicite por escrito el deseo de no renovarlo.

Dicha solicitud deberá remitirla a la Entidad Financiera que emitió la póliza, con 30 días de anticipación al vencimiento de vigencia.

CLÁUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios sin necesidad o consentimiento de la Compañía, la cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro, debiendo notificar por escrito el cambio a la Compañía a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza, indicando el nombre de los nuevos beneficiarios y el porcentaje de Suma Asegurada designada.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará al último beneficiario del cual tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario, y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiera designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario, o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 1235 del código de Comercio.

Por herederos o causahabientes desinados 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. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales a los demás.

Se aplicará lo establecido en el artículo 1233 al 1247 del Código de Comercio

CLÁUSULA No.10 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el contrato. La responsabilidad concluirá quince días después de haber comunicado su resolución al Asegurado.

El Asegurado están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a la Compañía, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que los conozca, los hechos o circunstancias dependientes o no de su voluntad que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación esencial del riesgo.

Para los efectos del artículo 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 emana 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 el asegurador 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 empresa aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva

CLÁUSULA No. 11 AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán comunicarlo por escrito a la Compañía a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza, inmediatamente después de conocerlas, salvo disposición contraria el asegurado o beneficiario gozaran de un plazo máximo de cinco (5) días contados a partir del día en que tuvo conocimiento de la realización del siniestro o derecho constituido a su favor.

El aviso del fallecimiento del Asegurado se hará presentando a la Compañía la información correspondiente en los formularios que ésta proporcione para tal fin.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que el Asegurado, Beneficiarios, o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que 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 párrafo anterior.

En los casos que, por razones ajenas o no imputables a los Beneficiarios, ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificaciones por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los datos requeridos en el plazo otorgado, o si se demuestra ante la Compañía la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

11.1 Investigación Médica

La Compañía, queda facultada para realizar o efectuar investigaciones con médicos u hospitales y solicitar los informes que requiera con relación al presente. Si el Asegurado o beneficiarios impidieran el ejercicio de esta facultad con fines fraudulentos la Compañía, quedará desligada de sus obligaciones.

11.2 Documentos, Datos e Informes.

La Compañía a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza exigirá del Asegurado o beneficiario toda clase de documentación e información 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 requeridos para el análisis y pago del reclamo son:

Cobertura de Muerte

- a. Formulario de reclamación de la Compañía
- b. Copia del Documento Nacional de Identificación (DNI) o Certificación del Acta de Nacimiento del Asegurado.
- c. Certificación de Tutoría Legal (en caso de beneficiarios menores de edad) si aplica.
- d. Certificación de Acta de Defunción.
- e. Certificación médica que indique la causa de muerte.
- f. Certificación o Parte de la Autoridad competente, en los casos que aplique.
- g. Formulario de identificación del beneficiario final.
- h. Documento Nacional de Identificación (DNI) de los Beneficiarios (copia) o Certificación de nacimiento.
- i. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para asegurarse de la identidad del Asegurado o sus beneficiarios o para esclarecer la ocurrencia del siniestro.

Por Incapacidad Total y Permanente

- a. Formulario de reclamación de la Compañía.
- b. Copia del Documento Nacional de Identificación (DNI) o Certificación del Acta de Nacimiento del Asegurado.
- c. Certificación Médica de la Incapacidad Total y Permanente y si el Asegurado tiene Seguro Social, deberá presentar refrendado el documento antes mencionado.
- d. Certificación o parte de la Autoridad competente en caso de accidente.
- e. Pruebas y exámenes médicos que la Compañía requiera, en los casos en que la Constancia de Incapacidad no sea extendida por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).
- f. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para asegurarse de la incapacidad del asegurado o sus beneficiarios o para esclarecer la ocurrencia del siniestro.

Para las coberturas opcionales, la documentación especial para cada una de ellas se establecerá en el anexo correspondiente.

CLÁUSULA No. 12 TERMINACIÓN ANTICIPADA

La vigencia de este seguro termina por:

- a. Solicitud del Asegurado manifestada por escrito a la Entidad Financiera que emitió la póliza, en cualquier vencimiento del pago de la Prima. y devolviendo el presente Contrato de Seguro para su anulación.
- b. Falta de pago de la Prima convenida dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de cada vencimiento.
- c. Cumplimiento de los setenta y cinco (75) años.
- d. Terminar la relación comercial con la Entidad Financiera que emitió la póliza.
- e. Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

- f. Solicitud de la Entidad Financiera que emitió la póliza, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo
- g. No disponibilidad de dinero en la cuenta de Ahorro, Cheque o Tarjeta de Crédito, que permita realizar cobros autorizados de la Prima.
- h. En las coberturas adicionales hasta el cumplimiento de setenta (70) años
- i. En los hijos hasta el cumplimiento de veinticuatro (24) años

CLÁUSULA No. 13 RENOVACIÓN

Esta póliza vencerá el día que se indique en las Condiciones Particulares. La Compañía renovará automáticamente la póliza por otro período igual y bajo las mismas condiciones, o aquellas que se establezcan de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía.

CLÁUSULA No. 14 PRESCRIPCIÓN

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

El plazo 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

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

CLÁUSULA No. 15 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Compañía y el 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.

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

CLÁUSULA No. 16 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones deberán remitirse por medio escrito a la Compañía, a la oficina con domicilio más cercano al Asegurado, a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza.

Las comunicaciones que se dirijan a los Asegurados serán enviadas al último domicilio que el mismo haya indicado para tal efecto.

Cualquier requerimiento o comunicación relacionada con el presente contrato para ser válida, deberá hacerse por escrito a la Compañía en su domicilio social o a través de la Entidad Financiera y en caso del Asegurado a la última dirección que conozca la Compañía y que el mismo haya indicado para tal efecto.

CLÁUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD

Las coberturas amparadas por esta póliza cubren al Asegurado en cualquier país del mundo. en caso de:

Muerte

Adelanto por Incapacidad Total y Permanente

Gastos Funerarios

Muerte Accidental o Desmembramiento por Accidente

Gastos Fúnebres para Familiares Dependientes del Asegurado

Las coberturas adicionales no enunciadas anteriormente surtirán efecto solo en el territorio nacional.

CLÁUSULA No. 18 SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental ya sea en estado de cordura o de demencia, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios, excepto cuando el suicidio ocurra antes de haber transcurrido dos (2) años completos ininterrumpidos de vigencia de la Póliza desde su emisión.

CLÁUSULA No. 19 EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía para este Contrato son los siguientes

Edad elegible para ingreso al seguro.

- a. Asegurado Titular: desde 18 hasta 69 años inclusive.
- b. Cónyuge: desde 18 hasta 69 años inclusive.
- c. Hijos: desde 1 día de nacido hasta 23 años inclusive.

Edad terminación de la cobertura

El seguro terminará automáticamente al cumplimiento de las siguientes edades:

- Asegurado Titular: Al cumplir la edad de 75
- Cónyuge: Al cumplir la edad de 75
- Hijos: Al cumplir la edad de 24

El seguro será nulo para aquellas personas que lo hubiesen suscrito fuera de los límites antes mencionados, en este caso la Compañía devolverá al Asegurado o a los beneficiarios el valor de la prima pagada menos los gastos incurridos.

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Compañía 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.

Si la edad declarada no coincidiese con la edad verdadera, pero encontrándose dentro los límites de admisión fijados, se aplicará lo dispuesto en los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio de la Republica de Honduras.

CLÁUSULA No.20 PERÍODO DE GRACIA

Vencido el plazo de pago de la prima de acuerdo a la modalidad de pago convenida, se concede un período de gracia de treinta (30) días para realizar el respectivo pago y así sucesivamente hasta liquidar el pago total, durante este período no se cargan intereses y continúa la póliza en vigor. Si al terminar la prórroga, la prima no ha sido pagada, la cobertura terminará automáticamente sin necesidad de aviso o declaración especial.

Sí durante el período de gracia, llegare a ocurrir un siniestro que afecte cualquier cobertura del plan contratado, el saldo de la prima anual pendiente de pago deberá pagarse en su totalidad contra débitos automáticos a la cuenta de ahorro, cuenta de cheques, tarjeta de crédito o cuotas de amortización de préstamo.

Adicionalmente se aplicará lo manifestado en los artículos 1249 y 1250 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 21 REHABILITACIÓN

En caso de que los efectos del contrato hubiesen cesado por falta de pago de primas, el Asegurado podrán solicitar su rehabilitación a la Entidad Financiera que inicialmente emitió la póliza, conforme a las siguientes condiciones:

Solicitar por escrito la rehabilitación y comprobar a la Entidad Financiera que el Asegurado al momento de solicitar la rehabilitación de la cobertura, cumple las condiciones necesarias de salud y elegibilidad para el aseguramiento.

Para llevar a cabo la rehabilitación y dar continuidad de cobertura al contrato, es necesario que el Asegurado pague la prima o primas adeudadas.

CLÁUSULA No. 22 INDISPUTABILIDAD

Esta Póliza se basa en la solicitud del Asegurado y sus declaraciones complementarias y, por consiguiente, cualquier dato inexacto u ocultado, que conocido por La Compañía la hubiera retraído a emitir esta Póliza o llevado a modificar sus condiciones, producirá la nulidad del Contrato; salvo que La Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifieste al Asegurado su deseo de impugnar el Contrato dentro de los primeros tres (3) meses siguientes en que haya tenido tal conocimiento, Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éste hará a La Compañía dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia

No obstante, esta Póliza será indisputable después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un período de dos (2) años contados desde la fecha de emisión.

Si el Asegurado solicita un incremento en la Suma Asegurada de la póliza, se aplicará lo descrito en los párrafos anteriores al monto del incremento solicitado

CLÁUSULA No. 23 MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

Todo cambio o modificación a este Contrato, deberá ser solicitado por escrito por el Asegurado a través de la Entidad Financiera, el cual una vez aceptado se hará constar las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin embargo, todo cambio que modifique las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro y Anexos de la póliza, se realizarán previa autorización por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

CLÁUSULA No. 24 COPIAS O DUPLICADOS DE LAS PÓLIZAS Y OTROS DOCUMENTOS

En caso de destrucción, robo o extravío de esta póliza, previa solicitud escrita y a costa del Asegurado, la Entidad Financiera que inicialmente emitió la póliza emitirá un duplicado de estos documentos.

CLÁUSULA No. 25 PLAZO Y LUGAR DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

La Compañía garantiza pagar al Asegurado, la suma asegurada que corresponda, de acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, contados a partir de la fecha del recibo de la respectiva documentación.

El pago de cualquier indemnización en virtud de este contrato, lo hará la Compañía en su domicilio social, en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, puedan hacerse en una de sus Agencias o Sucursales.

CLÁUSULA No. 26 EXENCIÓN DE RESTRICCIONES

Este Contrato no se afectará por razones de residencia, ocupación, viajes y lugar en que ocurra el fallecimiento del Asegurado y Familiares Dependientes (Cónyuge e Hijos).

CLÁUSULA No. 27 ENDOSO 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 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 Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, La Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva de 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 este 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 No. 28 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 Reaseguro y demás Normativa aplicable emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.