

## SEGURO DE VIDA PROTECCIÓN FAMILIAR

### ANEXO

#### COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL O DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE

**HACEMOS CONSTAR QUE:** Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura y en consideración a la solicitud del Asegurado, la Compañía conviene pagar al Asegurado o sus beneficiarios, a través de la Entidad Financiera que emite la Póliza, una indemnización adicional igual a la Suma Asegurada contratada en la cobertura básica.

Esta cobertura surtirá efecto, siempre y cuando el Asegurado fallezca por causa de accidente o llegare a sufrir por causa del mismo, la pérdida de alguno de los miembros u órganos del cuerpo descritos en este anexo, y siempre que, al ocurrir el Asegurado no haya cumplido la edad de 70 años, y que el fallecimiento o desmembramiento se produzca dentro de los noventa (90) días contados a partir de la fecha del accidente, todo de acuerdo con las siguientes condiciones:

#### 1. PAGO DE BENEFICIOS.

La Compañía a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza pagará al Asegurado o a los Beneficiarios la suma asegurada indicada de acuerdo con el Plan elegido, si durante la vigencia del seguro ocurre el fallecimiento por causa accidental o desmembramiento, en este caso la indemnización se realizará conforme lo estipula la siguiente tabla:

Pérdidas sufridas a causa de accidente	% de indemnización
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, correspondiendo 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	4%

Si el Asegurado declaró ser zurdo, se aplicará los porcentajes de indemnización correspondientes.



## **2. DESCRIPCIÓN DE TABLA DE INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRAMIENTO.**

- a. Para efectos de este Contrato, se entenderá por pérdida de una mano o de un pie, la amputación con separación por o más arriba de la articulación de la muñeca o del tobillo; por pérdida de la vista, la pérdida completa e irreparable del poder visual, la pérdida de los dedos la separación de dos falanges completas.
- b. La pérdida completa, definitiva e irreparable de la audición de ambos oídos. En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de las proporciones correspondientes a cada una, sin exceder el monto equivalente a la Suma Asegurada básica.

Asimismo, durante el periodo de vigencia de esta póliza, los valores que se indemnicen por desmembramiento disminuirán en igual proporción la suma asegurada de este beneficio.

## **3. EXENCIÓN DE ACCIDENTE**

Bajo este Anexo del Contrato, se protege la cobertura de muerte accidental, aunque el fallecimiento ocurriese por las siguientes causas:

1. Asfixia o intoxicación por vapores o gases.
2. Asfixia por inmersión u obstrucción.
3. Intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado, siempre que no hayan sido suministrados intencionalmente.
4. Carbunco o tétanos de origen traumático.
5. Infecciones microbianas o intoxicaciones originadas mediante heridas externas producidas como consecuencia de lesiones accidentales.
6. La rabia.

## **4. RIESGOS EXCLUIDOS**

El presente Anexo del Contrato no cubre la muerte o pérdida de miembros causados directa o indirectamente por:

- a. Suicidio o tentativa de suicidio, cualquiera que sea el estado mental o físico del Asegurado.
- b. Accidente de navegación aérea, salvo que el Asegurado viaje como pasajero en aviones de línea comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros con su respectivo boleto de pasaje incluido en un vuelo de itinerario regular.
- c. Accidentes en los que el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier clase de vehículo que esté participando en carreras, pruebas o contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia o velocidad.
- d. Participación del Asegurado en riñas, cometer o tratar de cometer algún asalto u otro crimen.
- e. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, siempre y cuando 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 excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica y que éstas no adviertan al paciente sobre su consumo cuando maneje maquinaria y/o vehículos automotores.



**EQUIDAD**  
Compañía de Seguros S. A.

- f. Huelgas, paros o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares, en que participe el Asegurado.
- g. Guerra o revolución o cualquier otro acto relacionado con ella, haya habido o no declaración de guerra;
- h. Dolencia corporal o mental o enfermedad que contribuya total o parcialmente con la muerte.
- i. Homicidios o lesiones causadas intencionalmente por cualquier persona.
- j. Cualquier infección, excepto cuando ésta tuviese su origen por accidente.
- k. Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, excepto si son necesarios para la curación de lesiones accidentales.

## **5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.**

Al ocurrir un accidente cubierto bajo este Anexo, el Asegurado o los beneficiarios deberán seguir el procedimiento indicado en la cobertura de muerte contenidas en las Condiciones Generales de este contrato.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la Ciudad de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

---

**Firma Autorizada**

## Anexo

### RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

#### 1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si como resultado de una lesión o inicio de una enfermedad, el Asegurado necesariamente fuere recluido como paciente hospitalizado en un Hospital Público o Privado con la asistencia continua de un Médico, mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura y mientras este beneficio esté vigente, la Compañía pagará el beneficio diario indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, por cada día que el Asegurado permanezca interno en el Hospital, hasta un máximo de noventa (90) días por evento, aplicando el deducible de un (1) día y permaneciendo hospitalizado como mínimo 48 horas consecutivas.

El pago de este beneficio no afecta la suma asegurada contratada en caso de muerte; es decir, las rentas diarias que hayan sido pagadas no disminuirán el valor de la suma asegurada contratada para la cobertura de muerte.

#### 2. PERIODOS SUCESIVOS DE RECLUSIÓN EN HOSPITAL

Si el Asegurado reingresa y es recluido como paciente hospitalizado en dos o más ocasiones dentro de un período de doce (12) meses por la misma causa o causas relacionadas, la Compañía lo considerará dentro del mismo período de reclusión.

La responsabilidad de la Compañía por el período integro, estará sujeta a las limitaciones aplicables a la parte o partes de este beneficio conforme a las cuales el período de reclusión original fuere indemnizado; de forma tal, que el total de rentas diarias pagadas no exceda noventa (90) días.

Si la siguiente reclusión del Asegurado como paciente hospitalizado ocurriese después de haber transcurrido doce (12) meses contados a partir de la última reclusión, se considerará como un nuevo evento y se indemnizará de acuerdo con las estipulaciones de esta póliza.

#### 3. EXCLUSIONES

Este beneficio no cubre los gastos ocasionados, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado por:

- a. Hospitalizaciones ocurridas durante los primeros seis meses de vigencia de la Póliza, a causa de una Enfermedad Pre-Existente, de acuerdo con la siguiente definición.

**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.

- b. Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, excepto que sea a causa de accidente.
- c. Exámenes físicos o de rutina o cualquier otro donde no hayan indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal, diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos x; excepto cuando se trate de una incapacidad establecida por atención de un Médico y los mismos se realicen cuando el Asegurado esté hospitalizado.
- d. Suicidio o tentativa de Suicidio, esté o no el Asegurado en sano juicio.
- e. Cirugía plástica o cosmética, excepto como consecuencia de un accidente.
- f. Anomalías congénitas y las causas que resulten de las mismas.

- g. Cualquier desorden mental o nervioso, o curas de descanso.
- h. Alcoholismo, influencia de bebidas alcohólicas, siempre y cuando 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 excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica y que éstas no adviertan al paciente sobre su consumo cuando maneje maquinaria y/o vehículos automotores.
- i. Pérdida ocasionada por guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, poder militar o usurpado, servicio en las Fuerzas Armadas o Policía.
- j. Procedimientos médicos relacionados con el virus VIH o SIDA.

## **1. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS.**

### **Renta Diaria Hospitalaria por Accidente o Enfermedad**

Al ocurrir un siniestro que dé lugar a una indemnización conforme a este beneficio, el Asegurado tendrá la obligación de comunicarlo por escrito a la Compañía a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza, a más tardar dentro de los treinta días (30) calendarios siguientes a la fecha en que finalizó la hospitalización del Asegurado.

En caso de un siniestro por hospitalización, el Asegurado deberá presentar la información y documentos originales siguientes:

- a. Formulario de reclamo proporcionado por la Compañía.
- b. Documento Nacional de Identificación (DNI) (copia) o Certificación de Acta de Nacimiento.
- c. Constancia Médica debidamente sellada y firmada, extendida en papel membretado del Hospital, la misma, deberá indicar el diagnóstico y la cantidad de noches que el Asegurado estuvo hospitalizado.

## **2. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO**

Al presentarse un reclamo de seguro, la Compañía tendrá el derecho de verificar todos los hechos relacionados con el siniestro y de solicitar al Asegurado, a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza, toda clase de información referente al siniestro a fin de determinar sus causas, circunstancias y consecuencias.

Para tal efecto, el Asegurado autoriza expresamente a las personas naturales o jurídicas para que proporcionen a la Compañía toda información y documentos que tengan relación con el evento o Asegurado.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo estime conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual derive para ella una obligación. El obstáculo por parte del Asegurado para que lleve a cabo dicha investigación liberará a la Compañía de cualquier obligación.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la Ciudad de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

---

**Firma Autorizada**

## ANEXO

### ADELANTO DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES

#### 1. OBJETIVO DE LA COBERTURA

En caso de que al Asegurado le diagnostiquen adolecer una o más de las enfermedades que a continuación se detallan, la Compañía mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura; a través de la Entidad Financiera que emite la póliza pagará al Asegurado un adelanto del 50% de la suma asegurada por la cobertura de Muerte. Si posteriormente el Asegurado llegare a fallecer, se disminuirá de la suma asegurada a indemnizar, el monto de la suma adelantada.

Para efectos de esta cobertura se considerarán "Enfermedades Graves" las siguientes: Infarto al Miocardio, Revascularización Coronaria (By-Pass), Accidente Cerebro vascular; Cáncer; Insuficiencia Renal, VIH/Sida y Trasplante.

#### 2. DEFINICIONES DE ENFERMEDADES GRAVES

Las enfermedades graves amparadas bajo esta cobertura son únicas y se limitan a las siguientes:

##### a. Infarto al Miocardio

Se define como la muerte de una parte del músculo del miocardio como resultado de una inadecuada irrigación de la sangre, por obstrucción de la arteria correspondiente, generalmente a consecuencia de una trombosis o embolia, evidenciado por el típico dolor del pecho, la aparición reciente de modificaciones electrocardiográficas peculiares y alteración de las enzimas cardíacas.

##### b. Revascularización Coronaria (By-Pass)

Es la cirugía realizada para corregir la estenosis o la obstrucción de las arterias coronarias, con al menos un doble puente coronario evidenciado por el resultado de una angiografía.

El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la Compañía.

Se excluyen la angioplastia, tratamiento por láser y todas las técnicas que no requieran un procedimiento quirúrgico del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

Este beneficio únicamente se pagará después de que la operación se haya efectuado.

##### c. Accidente Cerebrovascular

Es cualquier incidente cerebral vascular que dé lugar a secuelas que duren más de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extra craneana.

Se excluyen los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

##### d. Cáncer

Se define como la enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. La leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático, como, por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin, se entienden comprendidas en esta definición.

**Los siguientes cánceres quedan excluidos de esta cobertura:**

1. Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2, CIN-3) o aquellos considerados por histología como pre-malignos.
2. Los melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.
3. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.
4. Los cánceres de la próstata que por histología a la etapa T1 incluyendo T1(a) o T1(b) del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional Contra el Cáncer, o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.
5. El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.  
(consultar con médico la terminología si se debe actualizar, cambiar o sigue vigente.) Consultar a r  
reclamos si se ha pagado o denegado por esta condición).

**e. Insuficiencia Renal**

Se define como la falla total, crónica e irreversible, de ambos riñones, que exija la diálisis o riñón artificial permanente, o trasplante renal.

**f. Parálisis**

Se define como la pérdida completa de la función motora, de dos o más extremidades, en forma irreversible, a consecuencia directa de una enfermedad no originada en un accidente.

**g. VIH/SIDA**

Se define a una persona portadora del VIH/SIDA como aquella que tiene una prueba serológica de ELISA donde el VIH es positivo, conformado con una prueba suplementaria de Western Blot y que tenga también un conteo de células CD4, menor que 500/mm<sup>3</sup> y tienen uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo:

1. Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Cáncer cervical invasivo.
3. Coccidioidomicosis, diseminado o extrapulmonar
4. Criptococosis extrapulmonar
5. Critpoesporidiosis intestinal crónica (con más de un mes de duración).
6. Citomegalovirus retinitis (con pérdida de visión).
7. Encefalopatía relacionada con el VIH.
8. Herpes simple.
9. Ulcera crónica (de más de un mes de duración).
10. Bronquitis neumonitis o esofagitis.
11. Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.
12. Isosporiasis intestinal crónica de más de un mes de duración.
13. Sarcomas de Kaposi.
14. Linfoma no Hodgking de células B a fenotipo inmunológico no determinado y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt) o sacarmos

inmunoblástico, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad.

15. Linfoma inmunoblástico.
16. Linfoma primario cerebral.
17. Hicobacterias otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonares.
18. Neumonía por pneumocystis carinni.
19. Neumonía recurrente.
20. Leucoencefalopatía progresiva multifocal.
21. Septicemia por salmonella no recurrente.
22. Taxoplasmosis cerebral.
23. Síndrome de desgaste.
24. Microbacterias kansasii diseminadas o extrapulmonar.
25. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
26. Diseminación extrapulmonar por M. Avium o M. Kansasii.
27. Estringiloidosis extraintestinal.
28. Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide.
29. Complejo demencial o encefalopatía por VIH.
30. Infección extrapulmonar o diseminada por microbacterias de otras especies que no sea Lepra.

### **3. PERÍODO DE ESPERA**

El derecho que otorga esta cobertura únicamente surtirá efecto si los primeros síntomas de tales enfermedades son diagnosticados por primera vez y en forma definitiva por un Médico Especialista legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión después de ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de vigencia del seguro, excepto si la póliza hubiese sido renovada en forma inmediata y consecutiva.

### **4. PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO**

La indemnización establecida para esta cobertura se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas fehacientes de que el Asegurado sufrió una o más de las enfermedades indicadas anteriormente.

La Compañía tendrá derecho de solicitar al Asegurado someterse a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que considere necesarias para confirmar la procedencia del diagnóstico correspondiente, las cuales correrán por cuenta de la Compañía.

Si el Asegurado se negara a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le deriva la presente cobertura de Enfermedades Graves.

### **5. REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA POR SINIESTRO**

En caso de que la Compañía indemnice al Asegurado el porcentaje correspondiente por padecer una o más de las enfermedades graves, el importe de dicho pago se disminuirá de la Suma Asegurada establecida de la cobertura de Muerte, en este caso el Asegurado podrá renovar la póliza con cobertura básica (muerte) por el monto del seguro reducido.

### **6. EXCLUSIONES**

El derecho establecido en esta cobertura no se concederá si las enfermedades a que el mismo se refiere son consecuencia o están relacionadas con:

1. Actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrecciones por hechos delictivos intencionales imputables al Asegurado o por lesiones que éste sufra por participar en carreras, pruebas o contiendas de velocidad en cualquier clase de vehículo.
2. La influencia de algún enervante, estimulante o similar; excepto si fueron prescritos por un Médico.
3. Alcoholismo, influencia de bebidas alcohólicas siempre y cuando 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 excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica y que éstas no adviertan al paciente sobre su consumo cuando maneje maquinaria y/o vehículos automotores.
4. Tentativa de suicidio, también las lesiones provocadas por el propio Asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
5. Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.
6. Enfermedades preexistentes o padecimientos congénitos.
7. Enfermedades diferentes a las definidas y protegidas en esta Cobertura o Anexo.

## **7. DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE SINIESTRO**

### **Enfermedades Graves**

- a. Formulario de reclamación de la Compañía.
- b. Documento Nacional de Identificación (DNI) (copia) o Certificación del Acta de Nacimiento del Asegurado.
- c. Certificación Médica del Médico tratante que indique todos los elementos bajo los cuales funda el diagnóstico de la enfermedad.
- d. Pruebas y exámenes médicos practicados (copias).
- e. Cualquier otro documento que la Compañía requiera, relacionados con la ocurrencia del siniestro.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la Ciudad de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

---

**Firma Autorizada**

## ANEXO

### GASTOS FÚNEBRES PARA FAMILIARES DEPENDIENTES DEL ASEGURADO.

#### 1. OBJETIVO DEL BENEFICIO:

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta Cobertura, con este beneficio opcional la Compañía protege a los familiares que legalmente dependen del Asegurado, siendo estos el Cónyuge e Hijos solteros menores de 25 años, que se encuentren debidamente como beneficiarios en las Condiciones Particulares póliza.

La Compañía a través de la Entidad Financiera que emitió la póliza pagará al Asegurado la cantidad de Veinte Mil Lempiras (L 20,000.00) en caso de muerte del Cónyuge o Hijos.

#### 2. DEFINICIÓN DE FAMILIARES DEPENDIENTES.

**CÓNYUGE:** El esposo(a) o en su defecto la persona con quien el Asegurado vive en calidad de compañero(a) de hogar permanente, que al momento de suscribir la cobertura se encuentre entre el rango de edad de 18 a 69 años inclusive, una vez suscrito el beneficio, la cobertura será renovada hasta los 75 años inclusive.

**HIJOS:** Los hijos nacidos en matrimonio o unión libre del Asegurado (incluye a un hijastro o hijo adoptado legalmente), que al momento de suscribir la cobertura se encuentre en la edad desde un (1) día de nacido hasta veintitrés (23) años inclusive, que sean solteros. Una vez suscrito el beneficio, la cobertura será renovada hasta los 24 años inclusive.

#### 3. DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía indemnizará el reclamo contra la presentación de los siguientes documentos originales:

- Formulario de reclamo proporcionado por la Compañía.
- Documento Nacional de Identificación (DNI) (copia) o Certificación del Acta de Nacimiento del Asegurado.
- Certificación de Acta de Defunción extendida por el Registro Nacional de las Personas.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la Ciudad de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

---

**Firma Autorizada**

## ANEXO

### BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA

#### 1. OBJETIVO DEL BENEFICIO:

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta Cobertura y en consideración a la solicitud del Asegurado, la Compañía conviene brindar asistencia médica al Asegurado y de forma opcional a sus Familiares dependientes, que se encuentren debidamente como beneficiarios en las Condiciones Particulares la póliza.

El servicio es suministrado por un proveedor Médico contratado por la Compañía, el mismo brinda las siguientes atenciones médicas:

- a. Orientación médica telefónica
- b. Consulta pre-hospitalaria médica

#### 2. DEFINICIÓN DE FAMILIARES DEPENDIENTES.

**CÓNYUGE:** El esposo(a) o en su defecto la persona con quien el Asegurado vive en calidad de compañero(a) de hogar permanente, que al momento de suscribir la cobertura se encuentre entre el rango de edad de 18 a 69 años inclusive, una vez suscrito el beneficio, la cobertura será renovada hasta los 70 años inclusive.

**HIJOS:** Los hijos nacidos en matrimonio o unión libre del Asegurado (incluye a un hijastro o hijo adoptado legalmente), que al momento de suscribir la cobertura se encuentre en la edad desde un (1) día de nacido hasta veintitrés (23) años inclusive, que sean solteros. Una vez suscrito el beneficio, la cobertura será renovada hasta los 24 años inclusive.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la Ciudad de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

---

**Firma Autorizada**

## **ANEXO**

### **BENEFICIO AYUDA ALIMENTARIA**

#### **1. Cobertura**

En caso de fallecimiento del Asegurado la Compañía entregará al beneficiario designado para esta cobertura, una provisión alimentaria en base a la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

La suma asegurada para esta cobertura será dividida en doce (12) cuotas de igual valor para la compra de productos alimenticios, pagaderas por medio de Gift Cards recargables, que el beneficiario podrá adquirir en una de las cadenas de supermercados designada por la Compañía. En casos en que en la localidad de los beneficiarios no haya cadena de supermercado designada, las cuotas mensuales serán pagadas por el medio acordado entre las partes.

#### **2. Exclusiones**

Esta cobertura no tendrá efecto ni existirá responsabilidad alguna para la Compañía, si el fallecimiento es a causa de cualquiera de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la ciudad de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

---

**Firma Autorizada**

## **ANEXO**

### **ASISTENCIA FUNERARIA**

En anexo a lo establecido en las Condiciones Generales, Equidad Compañía de Seguros, S.A. conviene en amparar las siguientes Condiciones Especiales:

#### **1. COBERTURA**

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura y en consideración a la solicitud del Asegurado, la Compañía conviene brindar asistencia funeraria al Asegurado registrado en la póliza.

El servicio es suministrado por un proveedor contratado por la Compañía, el mismo brinda las siguientes atenciones fúnebres:

- a. Gestión de trámites legales con las autoridades competentes en acompañamiento y asesoría en trámites legales para la inhumación o cremación.
- b. Traslado terrestre a nivel nacional: se brindará el traslado del cuerpo en carroza fúnebre hasta el lugar de residencia habitual dentro de Honduras o a la sala de velación que se seleccione por el familiar del fallecido.
- c. Traslados a las salas de velación, iglesia, cementerio: Se brindará traslado del cuerpo en carroza fúnebre entre cada uno de los destinos detallados.
- d. Servicio de tanatopraxia (arreglo del cuerpo) y embalsamamiento del cuerpo: Se coordinará preparación del cuerpo en un tiempo máximo de cuarenta y ocho horas. Comprenderá el servicio de tanatopraxia, la afeitada (hombre) y maquillaje en las mujeres.
- e. Cofre de corte lineal: Se proporcionará el ataúd de clase económica con forro de seda y corte lineal, en caso de que el familiar solicite otro tipo de cofre, los gastos excedentes correrán de parte del familiar.
- f. Sala de velación: Se coordinará la velación del fallecido en su domicilio particular o en la sala de velación de una funeraria, la cual será elegida de acuerdo con localidad, ubicación y disponibilidad de estas hasta por veinticuatro (24) horas. Coordinación y gestión de la capilla (esto si los familiares lo solicitaran) y el traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación. En las localidades donde no hubiese el Servicio Funeraria se adaptará el servicio de acuerdo con las costumbres de la localidad y/o la familia.  
El servicio de la sala de velación (funeraria) incluye 2 arreglos o corona florales en la sala de velación.
- g. Servicios de cremación: Se brindará el proceso de reducción del cuerpo a cenizas, solicitado por el familiar del fallecido, dicho proceso es solicitado con los familiares con sus respectivas autorizaciones legales. El cual dura aproximadamente 3 horas.
- h. Handiman o personal que colaborará con todos los trámites necesarios en el momento de la velación, así como entierro del fallecido.

- i. Vehículo para familiares para el cortejo fúnebre: Se proporcionará el servicio de un vehículo que trasladará a los familiares del fallecido hasta el cementerio, dicho traslado comprenderá la ruta desde la sala de velación, iglesia y lugar de inhumación, siempre que sean dentro de la misma ciudad.
- j. Entrega de libro de condolencias: Se entregará a los familiares un libro de condolencias con la finalidad de que los asistentes coloquen sus palabras de honra, tributo y/o recuerdos con referencia al fallecido
- k. Coordinación de servicios religiosos posterior a los servicios fúnebres coordinados con los familiares del fallecido.

## **2. EXCLUSIONES**

- a. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente de actos realizados por el Asegurado con dolo a mala fe, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria, aun cuando los hechos estén en etapa preliminar de investigación.
- b. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremotos, desprendimientos, corrimientos de tierra, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y en general cualquier fenómeno atmosférico, meteorológico, sísmico o geológico de carácter extraordinario.
- c. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- d. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.
- e. Los gastos médicos u hospitalarios.
- f. Los costos que deriven de actos realizados por la autoridad o Ministerio Público que intervengan en el caso.
- g. Muerte provocada por Interrupción voluntaria del embarazo.
- h. Cuando la persona no se le identifique como Asegurado de la cobertura.
- i. Si el servicio es reclamado después de veinticuatro (24) horas de ocurrido el evento.
- j. Las guerras, con o sin declaración previa, y cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
- k. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- l. Las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.
- m. Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa o necesidad.
- n. Fallecimiento que involucren el uso de drogas a no ser que estas sean recetadas por un médico.
- o. Los servicios que el Asegurado o Familiar haya contratado sin previo consentimiento o aprobación; salvo en caso de comprobada fuerza mayor que le impida comunicarse para coordinar la prestación dichos servicios.
- p. El no cumplir con las edades de ingreso y permanencia en el seguro, descritas en las Condiciones Particulares.

- q. Los servicios que el Asegurado o familiar haya contratado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin el consentimiento, salvo en caso de comprobada fuerza mayor que le impida comunicarse con el proveedor o con terceros encargados de prestar dichos servicios.
- r. Queda excluido cualquier tipo de reembolso por gastos exequiales.
- s. Servicios para Asegurados que no se encuentren activos o que estén en mora.

### **3. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS.**

1. En caso de fallecimiento, cualquier familiar o persona responsable deberá llamar al Call Center de la Compañía e indicar que el fallecimiento del Asegurado está protegido con este seguro y brindará la siguiente información:
  - Nombre y número del Documento Nacional de Identificación (DNI) de la persona fallecida.
  - Causa del fallecimiento.
  - Lugar exacto donde se debe retirar el cuerpo.
  - Nombres y teléfonos de contactos de los familiares.
  - Los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio y el tipo de ayuda que precise.
2. El call center de la Compañía informará al solicitante de los servicios de asistencia si tiene o no la cobertura para recibir la prestación de estos, en caso de no encontrarse en la base de datos.
3. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, en los numerales 1 y 2, el proveedor de servicios les prestará a los familiares o persona responsable del Asegurado, los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente Anexo.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la ciudad de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

---

**Firma Autorizada**

## **ANEXO**

### **ASISTENCIA REPATRIACIÓN**

En anexo a lo establecido en las Condiciones Generales, Equidad Compañía de Seguros, S.A. conviene en amparar las siguientes Condiciones Especiales:

#### **1. COBERTURA**

A la muerte del Asegurado, se cubrirían por una única vez los costos y servicios necesarios para la repatriación del cadáver, de acuerdo con el valor debidamente registrado en las Condiciones Particulares, que forma parte de la póliza.

El servicio es suministrado por un proveedor contratado por la Compañía y a solicitud de algún miembro del grupo familiar o persona responsable del Asegurado en caso de muerte, se brindarán las siguientes atenciones:

- a. Los trámites legales consulares y traslados del cuerpo desde Estados Unidos y el resto del mundo hacia Honduras. Este servicio no se prestará cuando en la localidad donde sean solicitados dichos servicios, no exista la infraestructura pública o privada o las condiciones de la localidad no permitan llevar a cabo la realización de dicho servicio.
- b. Recoger el cuerpo desde el sitio del fallecimiento.
- c. Realizar la preparación del cuerpo, embalsamamiento y tanatopraxia (preparación del cuerpo para la velación).
- d. Proveer un féretro hermético para la repatriación.
- e. Proveer una funda de protección para el revestimiento del féretro que evite posibles daños en el traslado aéreo.
- f. El transporte aéreo del cuerpo a Honduras y hasta el lugar de velación y traslado del cuerpo desde el aeropuerto internacional de Honduras hasta el lugar de velación.
- g. Realizar los trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en el aeropuerto internacional de Honduras. En caso de excedente del monto para dicho trámite, será pagado por los familiares del remitente con sus propios recursos directamente al proveedor.

#### **3. EXCLUSIONES**

- a. Hechos derivados de terrorismo, motín, asonada o tumulto popular.
- b. Los servicios contratados o gastos realizados por el familiar a libre elección.
- c. El servicio de repatriación y/o traslado internacional de cadáveres o restos humanos, es decir; el cuerpo sin vida en condiciones no transportables y que no cumplan con los requisitos detallados para el traslado. Entendiéndose como restos mortales al cuerpo sin vida, cuerpo muerto. Entidad física de un ser humano muerto.
- d. Cuando el familiar o responsable del Asegurado fallecido no presente los documentos habilitantes, o utilice documentos falsos o alterados.
- e. Fallecimiento ocurrido por realización de actividades peligrosas como las Militares, Policiales y relacionadas, así también por práctica de deportes peligrosos y/ o extremos.
- f. Compensaciones económicas por la no utilización de una parte o la totalidad de los servicios descritos como beneficios en este anexo.

- g. Queda excluido cualquier tipo de reembolso por gastos exequiales.
- h. Servicios para Asegurados que no se encuentren activos o que estén en mora.
- i. Servicios solicitados por personas que no consten en la base de datos proporcionada por la Compañía.

#### **4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS**

- a. Algún miembro del grupo familiar o responsable del Asegurado que requiera del servicio deberá llamar al número telefónico designado por la Compañía para brindar los servicios de asistencia a través del call center.
- b. El familiar o responsable del Asegurado procederá a suministrarle al funcionario del call center que atienda la llamada, todos los datos necesarios para identificar al Asegurado, así como otros datos con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como: la ubicación exacta del Asegurado; un número telefónico en el cual localizarlo.
- c. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, se le prestará al familiar o responsable del Asegurado, los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente Anexo.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la ciudad de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

---

**Firma Autorizada**

**ADELANTO DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

En anexo a lo establecido en las Condiciones Generales, Equidad Compañía de Seguros, S.A. conviene en amparar las siguientes Condiciones Especiales:

**CLÁUSULA No. 1 PAGO DE BENEFICIOS:**

En caso de que 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.

Una vez indemnizado este beneficio, todas las coberturas, incluyendo las contratadas opcionalmente para los familiares (cónyuge e hijos), terminarán automáticamente.

Para efectos de este seguro se entenderá por **“Incapacidad Total y Permanente”** lo siguiente: Situación que se produce como consecuencia de lesiones orgánicas, accidente o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan o inhabiliten a un modo absoluto y definitivo a la persona desempeñar un trabajo remunerativo de conformidad con su profesión u ocupación o posición social, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período no menor a 150 días y no haya sido provocada por el Asegurado.

El estado o condición adquirida por una persona como resultado de una lesión corporal o enfermedad que dictaminada por un (1) facultativo médico a satisfacción de la Compañía de forma definitiva y permanente.

La persona que hubiese perdido el sesenta y cinco (65 %) o más de su capacidad funcional y se encuentre imposibilitado para procurarse mediante un trabajo proporcional a sus fuerzas, su capacidad, formación profesional y ocupación anterior, una remuneración superior al treinta y cinco por ciento (35%) de la que habitualmente recibe en la misma actividad económica.

La Compañía brindará cobertura en caso de incapacidad total y permanente sin aplicar ningún período de espera, si esta es causada por las siguientes pérdidas orgánicas:

- a. La pérdida irreparable y absoluta de la vista de 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 simultáneamente.
- e. La pérdida total de una mano o un pie y la vista de un ojo.

Por pérdida total se entiende 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.

La indemnización establecida para esta cobertura se concederá únicamente si se presentan a la Compañía, pruebas legalmente aceptadas de que el Asegurado sufrió el estado de invalidez total y permanente debido a un evento ocurrido durante el período de vigencia de esta cobertura.

**CLÁUSULA No. 2 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:** La indemnización se pagará al Asegurado en un único pago a partir de la comprobación de la incapacidad total y permanente y de acuerdo a los plazos establecidos en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

**CLÁUSULA No. 3 PRUEBAS ADICIONALES DE INCAPACIDAD:** La Compañía, podrá requerir pruebas adicionales para la determinación y comprobación de la incapacidad. El Asegurado acepta a someterse a cuantos exámenes médicos le sean requeridos, para tal objeto, por cuenta de La Compañía.

**CLÁUSULA No. 4 TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS BENEFICIOS:** Los efectos de esta cobertura concluirán al finalizar el período de vigencia de la póliza; o, por negarse el Asegurado a someterse a los exámenes médicos requeridos para la comprobación de la incapacidad; o, a la fecha en que el Asegurado supere la edad de renovación establecida en las Condiciones Generales de la póliza.

**CLÁUSULA No. 5 EXCLUSIONES:** Este Anexo queda sin valor y efecto alguno, cuando la incapacidad total y permanente sea consecuencia directa de los hechos y/o circunstancias siguientes:

- a. Enfermedades, padecimientos mentales o lesiones corporales ocurridos antes de la fecha de vigencia de esta cobertura.
- b. Tentativa de suicidio, lesiones provocadas por el propio Asegurado, consciente o inconscientemente, cualquier causa que lo provoque.
- c. Lesiones corporales causadas por el beneficiario de la póliza.
- d. Cualquier lesión, inhabilitación, desmembramiento, muerte o daño que tuviere por causa, directa o indirecta de alguna enfermedad mental, así como los que se produzcan en estado de embriaguez, siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica y que éstas no adviertan al paciente sobre su consumo cuando se maneje maquinaria y/o vehículos automotores.
- e. El desempeño de funciones policiacas, el servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, motines, alborotos populares, huelgas, paros o disturbios de carácter obrero en el que participe el Asegurado.
- f. Riñas provocadas por el Asegurado.
- g. Participación directa de Asegurado en actos delictivos.

- h. Accidente de navegación aérea, salvo que el Asegurado viaje como pasajero en aviones de línea comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros con su respectivo boleto de pasaje incluido en un vuelo de itinerario regular.
- i. Carreras, pruebas de resistencia o velocidad en cualquier clase de vehículo.
- j. Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la ciudad de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

---

**Firma Autorizada**