

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL 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 conformidad con la póliza o contrato.

CLÁUSULA No.1. COBERTURA

El Seguro de vida Individual temporal garantiza que, si el asegurado fallece o sufre incapacidad total y permanente, durante la vigencia de la póliza, de acuerdo al plan de vigencia estipulado en las condiciones particulares, se pagará la suma asegurada suscrita a los beneficiarios designados, de conformidad a las condiciones generales y particulares de la póliza.

Los planes de vigencia que se pueden contratar son desde un 1 año hasta 30 años. Y el asegurado se compromete al pago de las primas anualmente durante el periodo contratado. Si el Asegurado sobrevive al plazo del plan contratado la póliza queda automáticamente cancelada y sin valor alguno.

COBERTURA BÁSICA

- 1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.** En caso del fallecimiento legalmente comprobado del Asegurado, la Compañía de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, indemnizará a los beneficiarios designados o en su defecto a los herederos legales, la Suma Asegurada convenida, siempre y cuando la Muerte por Cualquier Causa (natural y accidental) del Asegurado acontezca durante la vigencia de la Póliza.
- 2. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.** La Compañía pagará anticipadamente el valor de la suma asegurada de la cobertura de MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, si el Asegurado sufre un accidente o enfermedad que lo incapacite total y permanentemente para realizar su trabajo o cualquier otro por los cuales pueda recibir alguna remuneración o ingreso, desde el momento que la Compañía admita las pruebas que establezcan la incapacidad de manera definitiva y se certifique por una autoridad médica y bajo las condiciones siguientes:
 - a) El pago se hará dividiendo el monto de la Suma Asegurada de la Cobertura de Muerte por cualquier causa entre veinticuatro (24) para determinar la renta mensual.
 - b) Que ocurra antes que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (75) años de edad;
 - c) Que a la fecha de la incapacidad las coberturas de la póliza se encuentren vigentes
 - d) Que la Póliza haya estado en vigor por un período de seis (6) meses; y que además hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses continuos desde la fecha de la declaración de dicha incapacidad; después de cumplidos los seis (6) meses consecutivos de vigencia. Si la incapacidad es causada por un accidente, no será necesario que haya transcurrido el plazo aquí señalado anteriormente.
 - e) Que el asegurado o el (los) beneficiario(s), en su caso, presente(n) dictámenes médicos emitidos por médicos competente, declarando la incapacidad.
 - f) La Compañía podrá requerir cualquier tipo de información o pruebas que respalden la incapacidad total declarada.

- g) La Compañía podrá hacer examinar, por un médico de su confianza, el estado de incapacidad del Asegurado, mientras se encuentre vigente esta cobertura para el asegurado y mientras la Compañía no haya efectuado el pago total de la suma asegurada en el tiempo dispuesto en esta póliza**
- h) Si el Asegurado fallece antes de finalizar de recibir las rentas, la Compañía únicamente indemnizará la suma que resulte de la diferencia entre la Suma Asegurada de MUERTE POR CUALQUIER CAUSA y la sumatoria de las rentas indemnizadas.**
- i) En el momento que se haga efectiva la última mensualidad la póliza se cancelará automáticamente.**

La Compañía, además, considerará como Incapacidad Total y Permanente:

- a) La pérdida completa de la vista de ambos ojos,**
- b) La pérdida total y permanente por amputación, por accidente o por enfermedad de ambas manos,**
- c) La pérdida total y permanente por amputación, por accidente o por enfermedad de ambos pies, y**
- d) La pérdida total y permanente por amputación, por accidente o por enfermedad de una mano y un pie al mismo tiempo.**
- e) Las personas que hubiese perdido el sesenta y cinco por ciento (65%) o más de su capacidad funcional para trabajar.**

Para esta cobertura se incluyen a personas de hasta sesenta (60) años, con terminación de la cobertura al cumplir los setenta y cinco (75) años.

BENEFICIO EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

Si el Asegurado sufre una Incapacidad Total y Permanente a consecuencia de lesión corporal o enfermedad, que lo imposibilite total y permanentemente para realizar su trabajo o cualquier otro por los cuales pueda percibir alguna remuneración o ingreso, y aceptada por la Compañía de acuerdo a lo estipulado en la cobertura de ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD esta lo exonerará del pago de la prima, manteniendo su seguro en vigor durante todo el tiempo que dure dicha incapacidad hasta que ocurra cualquiera de los siguientes casos:

- a) La fecha de terminación de la Póliza.**
- b) En el momento que se haga efectiva la última cuota de la cobertura de ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**
- c) El fallecimiento.**

COBERTURAS ADICIONALES

Formarán adicionalmente parte de la cobertura de esta póliza, en consideración al pago de la prima adicional correspondiente y con sujeción a los límites contenidos en las Condiciones Generales y Particulares, las siguientes coberturas:

- 1. INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE O PERDIDAS ORGANICAS POR ACCIDENTE.**
Si durante la vigencia de la presente cobertura el Asegurado sufre antes de haber cumplido los setenta y cinco (75) años de edad, un accidente que le produjera el fallecimiento o si no fallece, pero sufre pérdidas orgánicas, la Compañía pagará una indemnización máxima de la suma asegurada para esta cobertura de conformidad a las siguientes estipulaciones.
 - 1.1 POR MUERTE ACCIDENTAL**

Si el Asegurado arriba mencionado dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de que sufra un accidente, fallece como consecuencia de dicho acontecimiento, la Compañía pagará al Beneficiario de esta póliza el importe de la cobertura por muerte accidental que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza. Entendiendo como accidente la siguiente definición:

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Se entiende por accidente, toda lesión corporal, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad o la de un tercero, causada por la acción repentina de un agente externo y que pueda ser determinada de una manera cierta, por médico autorizado legalmente para ejercer su profesión. Las lesiones del evento deben apreciarse a simple vista, salvo en el caso de ahogamiento y traumatismo interno.

Para los efectos de esta Póliza se considera, además, como accidente:

- a) Los causados por explosiones, descargas eléctricas o atmosféricas.
- b) Las quemaduras accidentales causadas por fuego, escapes de vapor o el contacto con ácidos y corrosivos.
- c) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o inmersión u obstrucción.
- d) La intoxicación o envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado.
- e) Las infecciones respecto de las cuales pueda afirmarse que el virus ha penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por esta Póliza.
- f) Las mordeduras de animales o picaduras de insectos o sus consecuencias.
- g) Los que se produzcan como consecuencia de fenómenos de la naturaleza y que afecten al Asegurado en forma personal y aislada.

1.2 POR PERDIDAS ORGANICAS

Si el Asegurado no fallece a causa del accidente, pero sufre pérdidas orgánicas, de extremidades, de la vista o la audición u otras, se pagará al propio Asegurado, el porcentaje de la suma Asegurada de acuerdo con la Escala de Indemnizaciones mostrada en la Tabla de Pérdidas Orgánicas para la presente Cobertura.

Las indemnizaciones a que se refiere esta Cobertura sólo procederán si el accidente que dé origen al siniestro satisface la definición de accidente que aparece arriba, si ocurre durante el período de vigencia de esta Cobertura, y las pérdidas orgánicas, de extremidades, la vista o la audición u otras se presentan dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho accidente.

Tabla de Pérdidas Orgánicas. Las indemnizaciones que la Compañía pagará en caso de accidente se establecerán con base a la Suma Asegurada especificada en la descripción de coberturas de las Condiciones Particulares de esa Póliza, de acuerdo a los siguientes porcentajes:

Pérdida completa e irre recuperable de la vista de ambos ojos	100%
Pérdida de ambas manos o ambos pies	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de cualquiera de las dos manos o pies y la vista de un ojo	100%
Pérdida de un brazo y un pie	100%
Pérdida total e irre recuperable del uso de los miembros	100%
Pérdida completa e irre recuperable del habla	100%
Parálisis completa e incurable	100%
Pérdida de una mano o un pie o la vista de un ojo	50%
Pérdida total e irre recuperable del uso de un miembro	50%

Pérdida de los cinco dedos de una mano	50%
Pérdida total y permanente de la audición en ambos oídos	50%
Pérdida de cuatro dedos de una mano	40%
Incapacidad permanente no prevista anteriormente, conforme dictamen médico hasta un máximo de	40%

El importe que Compañía indemnizará por todas las pérdidas orgánicas no excederá a la suma asegurada contratada para esa cobertura y una vez que la Compañía realice el pago de estas pérdidas orgánicas la cobertura por Muerte Accidental se cancelará automáticamente.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella, por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de ella, por pérdida de un Ojo la pérdida completa e irremediable de su vista, la pérdida de los dedos cuando ésta sea de una falange completa cuando menos, excepto cuando se trate del índice o del pulgar, en cuyos casos se entenderá como pérdida cuando ésta sea total, esto es su separación en coyuntura metacarpo – falangeal o arriba de ella.

CLÁUSULA No.2. EXCLUSIONES

Quedaran excluidos de las coberturas de esta póliza, la ocurrencia de los siguientes eventos o circunstancias siguientes:

Excusiones generales

- 1. Suicidio antes del segundo año de vigencia ininterrumpida de la Póliza.**
- 2. SIDA antes del segundo año de vigencia ininterrumpida de la póliza**
- 3. Actos delictivos contrarios a las disposiciones del Código Penal, en los que participe o haya participado directa o indirectamente el Asegurado.**
- 4. Lesiones que el Asegurado sufra por participar activamente en riñas o en la comisión de actos delictivos intencionales.**
- 5. Participación del Asegurado en actos terroristas, conmociones civiles, asonadas y disturbios.**
- 6. Lesiones corporales causadas intencionalmente al Asegurado por: a) El (los) Beneficiario(s). b) Cualquier otra persona, como consecuencia de actos ilícitos cometidos por el Asegurado.**
- 7. Acciones y operaciones militares de guerra (declarada o no), invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, sedición, conspiración militar, usurpación o intento de poder, terrorismo.**
- 8. Participación en actividades y ocupaciones de alto riesgo como: carreras de vehículos de alta velocidad y resistencia, motociclismo, motocross, cacería, ciclismo profesional, deportes náuticos, aviación militar, acrobacia, buceo, boxeo, paracaidismo u otras actividades deportivas o profesionales igualmente peligrosas.**

Exclusiones específicas por cobertura

En adición a las exclusiones generales también quedan excluidos los siguientes eventos específicamente por cobertura:

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

- 1. Accidentes que se produzcan por la ingesta de alcohol, drogas, estupefacientes, psicotrópicos, narcóticos, o medicinas sin prescripción médica.**
- 2. Accidentes por trabajo de minería y uso de explosivos.**
- 3. Asesinato u Homicidio**
- 4. Tomar parte en huelgas, paros o disturbios de carácter obrero, tumultos, motines o insurrecciones**
- 5. Manejar o viajar en cualquier clase de aeronaves excepto como pasajero de líneas legalmente establecidas y autorizadas para transporte de pasajeros**

6. **Deficiencia mental, envenenamiento voluntario, que no sea el contemplado dentro de la DEFINICION DE ACCIDENTE, o por operaciones quirúrgicas que no sean motivadas directamente por lesiones a que esta cobertura se refiere.**
7. **Cualquier infección que no sea consecuencia directa de lesión accidental.**

COBERTURA ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

1. **Uso de drogas ilegales como drogas, estupefacientes, psicotrópicos, narcóticos y estimulantes.**
2. **Accidentes por trabajo de minería y uso de explosivos.**
3. **Actos provocados intencionalmente por el Asegurado y sus consecuencias**
4. **Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ejecutadas por personas no autorizadas por las autoridades competentes.**

CLÁUSULA No. 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Este contrato de seguro queda constituido por la Solicitud de Seguro hecha por el Asegurado, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los anexos o endosos adheridos y firmados a la presente Póliza y cualquier otro documento en caso de que aplique.

CLÁUSULA No. 4: DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de Seguro, se establecen las definiciones siguientes:

1. **Accidente:** Para los efectos de este contrato, se entenderá como accidente la acción repentina de un agente violento, súbito, externo e involuntario que produce daños en el Asegurado, que cause a éste lesiones corporales que puedan determinarse de una manera cierta por un médico competente.
2. **Actividad Económica:** El giro o finalidad del negocio y/u ocupación del Asegurado.
3. **Agravación de Riesgo:** Cambios en la ocupación o en la salud del Asegurado que por su impacto puede cambiar la apreciación del riesgo, de tal suerte que la Compañía no habría dado su consentimiento o la habría dado en condiciones distintas si al celebrarse el contrato se hubiera conocido el estado o situación.
4. **Asegurado:** El nombre de la persona natural que aparecen en las Condiciones Particulares como Asegurado.
5. **Anexo o Endoso:** Texto agregado a la Póliza y autorizado por la Compañía para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones. Forma parte inseparable de las condiciones de este contrato.
6. **Beneficiario:** La persona natural o jurídica que de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza recibirá el pago de la indemnización después de la ocurrencia de un siniestro.
7. **Beneficiario Irrevocable:** Es aquella persona natural o jurídica que, por designación del asegurado, tiene derecho a recibir la indemnización descrita en las condiciones particulares de la Póliza, este beneficiario no puede ser modificado a simple solicitud del asegurado, ya que es necesario obtener el consentimiento del beneficiario.
8. **CNBS:** La Comisión Nacional de Bancos y Seguros, creada mediante Decreto No. 155-95 del 10 de noviembre de 1995.
9. **Cobertura:** Es la protección que otorga La Compañía al Asegurado por medio de los beneficios de la póliza.
10. **Compañía:** Seguros Continental S.A.
11. **Condiciones Particulares:** Estipulaciones del contrato de seguro relativas a la naturaleza del riesgo cubierto que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del Asegurado y los beneficiarios, si los hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos, el lugar y la forma de pago, vencimiento de la prima, la vigencia del contrato, entre otros.

12. **Enfermedad Pre-existente:** Se entiende por condiciones pre-existentes: enfermedades, lesiones, condiciones o síntomas que se hubieren manifestado dentro de los dos (2) años anteriores a la fecha de efectividad de la cobertura para la persona asegurada; y que en consecuencia ha recibido o recibió tratamiento médico o servicios, y que por sus síntomas o signos inducirían a una persona normalmente prudente a asistir o consultar un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.
13. **Fallecimiento:** Es la muerte del Asegurado ya sea por accidente o enfermedad. Para los casos de “Muerte Presunta” esta Póliza se regirá por lo establecido en el Código Civil y cualquier otra ley que regule al respecto al momento de ocurrir el siniestro.
14. **Indemnización:** Es el pago que se realiza al Asegurado por los daños o pérdidas ocasionados, cubiertos por la póliza contratada
15. **La Ley:** Ley que regula la organización, funcionamiento y supervisión de las instituciones que realicen actividades y operaciones de seguros y reaseguros.
16. **Póliza:** Documento que instrumenta el contrato de Seguro, en el cual se reflejan las normas que, de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el Asegurado y la Compañía.
17. **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.
18. **Siniestro:** Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce daños amparados en la Póliza hasta determinada cuantía. Siniestro es, pues, un acontecimiento que, por originar unos daños concretos previstos en la Póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la Compañía a satisfacer, total o parcialmente, al Asegurado o a sus Beneficiarios, el capital garantizado en el contrato.
19. **Suma Asegurada:** Es la cantidad contratada por el Asegurado que constituye el límite máximo de la indemnización a pagar en caso de siniestro.
20. **Incapacidad Total y Permanente:** es la que inhabilita de un modo absoluto y definitivo al Asegurado

Cualquier palabra o expresión que haya recibido un significado específico en esta Póliza, en algún anexo o sección, conservará la misma definición en cualquier lugar que aparezca en la Póliza, anexo o sección.

CLÁUSULA No. 5: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

De acuerdo a la Suma Asegurada contratada por el Asegurado, indicado en las Condiciones Particulares, se establecen los límites máximos de responsabilidad de la Compañía, bajo ningún concepto, la Compañía estará obligada a indemnizar un límite mayor de los indicados en esta Póliza.

CLÁUSULA No. 6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado o Contratante, según sea el caso, 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 o Contratante haya obrado con dolo o con culpa grave.

La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Asegurado o 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.

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 procedió sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante notificación que hará el Asegurado a la Compañía, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o reticencia.

Si el siniestro ocurriera antes que aquellos datos fueron conocidos por la Compañía o antes que este 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 hubiere conocido la verdadera situación de las cosas.

A pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, la Compañía no podrá resolver el contrato en los casos siguientes:

I.-Si la Compañía provoca la omisión o inexacta declaración

II.-Si la Compañía conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido

III.-Si renuncia a resolver el contrato por tal causa.

IV.-Si el Asegurado no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la Compañía celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si el dato omitido quedase contestado con alguna otra declaración y ésta fuere omisa o inexacta en los hechos.

En los seguros hechos en nombre o 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 párrafos 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

El importe de la prima y las condiciones de pago se establecen en la Condiciones Particulares de la presente Póliza. La prima vence a la fecha de la expedición de esta Póliza y su pago sólo surtirá efecto, mediante la entrega hecha por la Compañía al Asegurado de un recibo impreso, debidamente firmado por el representante o por cualquier apoderado de la Compañía que acredite dicho pago.

Si la prima no fuere pagada dentro de los plazos establecidos en el contrato, 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 la Compañía. Diez (10) días después de la expiración de este plazo, la Compañía 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 Compañía dirigida al Asegurado en carta certificada con acuse de recibo.

Si el contrato no fuere resuelto producirá todos los 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 esta Cláusula se tendrá en cuenta que no se contará el día del envío de la carta certificada, y si el último es día festivo se prorrogará el plazo hasta el primer día hábil siguiente. Será nulo todo pacto en contra.

En caso de ocurrir un siniestro cubierto por esta Póliza, durante este período, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado, el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones aún no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

De encontrarse anulada la póliza o una vez vencido el plazo de los quince (15) días calendario indicados en el artículo No.1133 del Código de Comercio, si el asegurado deseara rehabilitar la póliza, la Compañía, de tenerlo a bien, podrá exigir el pago del saldo total de la prima de la póliza, en cuyo caso el seguro entrará de nuevo en vigor desde el momento del pago hasta su vencimiento original, previa inspección del riesgo.

CLÁUSULA No. 8: VIGENCIA

La vigencia de cada una de las coberturas de esta póliza es por el tiempo previsto de acuerdo al plan del plazo suscrito y de acuerdo a estipulado en las condiciones generales y condiciones particulares de la póliza, entendiéndose que el Asegurado deberá efectuar el pago de primas anuales para que el plazo del plan contratado se mantenga, iniciando a las doce (12) horas de la fecha de inicio de vigencia y terminando a las doce (12.00) meridiano de la fecha de vencimiento, ambas fechas expresadas en las condiciones particulares de la póliza.

CLÁUSULA No. 9: BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado y que amerite indemnización de conformidad con las Condiciones Generales de la presente Póliza, se pagará a los Beneficiarios detallados en la solicitud del Asegurado o en su defecto, a sus herederos legalmente declarados.

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.

CLÁUSULA No. 10: CESIÓN

Esta póliza puede ser cedida en garantía a terceras personas, traspasándose automáticamente los derechos del Asegurado y de los Beneficiarios, en su caso al Cesionario, pero ninguna cesión de esta Póliza obliga a la Compañía a no ser que sea notificado por escrito y firmada por el Asegurado y el Cesionario, lo cual se hará constar por escrito. La Compañía no asume ninguna responsabilidad por la validez o insuficiencia de las cesiones.

En caso de cesiones de esta Póliza en garantía de obligaciones para con terceros, los cesionarios tendrán derecho preferente sobre la Suma Asegurada, una vez esta fuere exigible y hasta concurrencia del saldo acreedor a su favor, procedente de la obligación garantizada por la Póliza salvo el caso de designación de beneficiarios de carácter irrevocable. Si la suma establecida para la cesión en garantía fuese inferior a los derechos de la póliza, la diferencia se pagará al Asegurado o a los beneficiarios en su caso.

CLAUSULA No. 11: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado notificará a La Compañía las agravaciones del riesgo que se pudieran causar por un hecho suyo, antes de que se produzca el hecho, y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

La agravación esencial del riesgo previsto permite a la empresa aseguradora 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. 12: AVISO DEL SINIESTRO

Al Asegurado o el beneficiario del seguro, le corresponde facilitar a la Compañía toda a la información necesaria tan pronto como ocurra el siniestro, pero dentro de un plazo máximo de cinco (5) días, deberá darse aviso a la Compañía de tal hecho, indicando fecha, hora, lugar y circunstancias del siniestro, mencionando si han intervenido las autoridades y si se ha iniciado sumario.

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

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo 1147 del Código de Comercio

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

DOCUMENTOS A PRESENTAR

A) POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

1. El Beneficiario o su representante legal deben dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes al día en que se tenga conocimiento del fallecimiento, indicando la fecha, hora y circunstancias que lo produjeron. Salvo que acrediten caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa y negligencia.
2. Formulario de reclamación debidamente completado y firmado.
3. Acta de Defunción original.
4. Certificación médica del médico tratante u hospital
5. Constancias de la Autoridad competente (en caso de muerte no natural).

6. Copia del Documento Nacional de Identificación del Beneficiario mayor de edad. En caso de existir Beneficiario menor de edad, se requerirá copia de la partida Certificación de Nacimiento y Certificación de Tutoría Legal.
7. Cualquier otro documento o información que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del fallecimiento.

B) PAGO ANTICIPADO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

1. El Asegurado, Beneficiario o su representante legal deben dar aviso por escrito a la Compañía, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al día en que se tenga conocimiento de la incapacidad, indicando la fecha, hora y circunstancias que la produjeron.
2. Formulario de reclamación debidamente completado.
3. Informe o dictamen médico de la declaratoria de incapacidad.
4. Cualquier otro documento que la Compañía, estime conveniente y que sea necesario para la comprobación de la incapacidad.

C) EN CASO DE PERDIDAS ORGANICAS

1. El Asegurado, Beneficiario o su representante legal deben dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al día en que se tenga conocimiento de la pérdida, indicando la fecha, hora y circunstancias que la produjeron.
2. Formulario de reclamación debidamente completado.
3. Informe o dictamen del accidente por médico y Autoridades competentes.
4. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del siniestro.

Facultades de la Compañía

- a) Compañía tendrá derecho a realizar las indagaciones que sean necesarias para la comprobación del reclamo.
- b) La Compañía a su propio costo, tendrá el acceso y la oportunidad de hacer examinar al Asegurado por un médico de su confianza cuando lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente una reclamación.
- c) En casos de accidente, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia del cadáver para confirmar las causas del fallecimiento, previa autorización de la Autoridad competente; debiendo los Beneficiarios prestar su colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales.
- d) La autopsia se efectuará con citación de los Beneficiarios quienes podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos ocasionados por las gestiones a que se refiere este inciso serán por cuenta de la Compañía, exceptuando los honorarios del médico que representa a los Beneficiarios o herederos.

CLÁUSULA No. 13: TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este Contrato de Seguro termina de forma anticipada su cobertura por las siguientes causas:

1. Por falta de pago de la prima.
2. A solicitud del Asegurado, en cuyo caso, la Compañía tendrá el derecho de retener la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual la Póliza ha estado en vigor, de acuerdo con la tarifa a corto plazo y como consecuencia el presente contrato de seguro dejará de surtir efectos, perdiendo el Asegurado la cobertura del seguro y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un siniestro.
3. Al cumplir el Asegurado ochenta y cinco (85) años de edad.
4. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

5. Por decisión de la Compañía, en este caso, la Compañía deberá notificar al Asegurado por los menos quince (15) días hábiles de anticipación, a través de: a) Medio escrito con acuse de recibo, b) Correo electrónico, c) Correo certificado, d) Cualquier otro medio que demuestre la comunicación con el Asegurado.
6. Cuando se haya pagado la totalidad de la Suma Asegurada por concepto de Incapacidad Total y Permanente.
7. En caso de terminación anticipada si el contrato ha estado vigente por más de diez (10) años el Asegurado tendrá derecho al reembolso de un porcentaje de la reserva matemática determinado de acuerdo con las normas técnicas vigentes y en cumplimiento del artículo 1253 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 14: RENOVACIÓN

Este seguro es de vigencia anual y vencerá automáticamente en la fecha y hora que se indica en las Condiciones Particulares, podrá ser renovada por otro período igual y bajo las mismas condiciones o aquellas que establezca La Compañía, siempre que el Contratante y/o Asegurado lo solicite por escrito y pague la prima correspondiente, pero La Compañía se reserva el derecho de renovar esta póliza al final de cada vencimiento, sin quedar obligada a manifestar el motivo de su resolución.

CLÁUSULA No. 15: PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

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

CLÁUSULA No. 16: CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la Compañía y Asegurado sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento, o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de conciliación y arbitraje o por la vía judicial, conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguro.

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 Nacional de Bancos y Seguros no podrá pronunciarse en caso de litigio o arbitraje salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA No. 17: COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones o declaraciones que hayan de hacerse a la Compañía se enviarán por escrito directamente a su dirección, señalada en este contrato.

Salvo el cobro de las indemnizaciones en caso de siniestro, todo lo relativo a esta Póliza será tratado por conducto del Asegurado o su Beneficiario y, por tanto, todas las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer al Asegurado o su Beneficiario, se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando éstas sean enviadas al último domicilio de este conocido por la Compañía.

CLÁUSULA No. 18: TERRITORIALIDAD

Las coberturas amparadas por esta Póliza cubren al Asegurado en cualquier país del mundo.

CLÁUSULA No. 19: 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 o desde su última rehabilitación, en cuyo caso la responsabilidad de la Compañía se limitará al reembolso del importe de la reserva matemática de la Póliza.

CLÁUSULA No. 20: EDAD

El Asegurado, al momento de tomar el Seguro debe tener una edad mínima de quince (15) y edad máxima de permanencia hasta los ochenta y cinco (85) años de edad.

Si la edad verdadera fuere distinta de la declarada, pero encontrándose comprendida en los límites de edad de aceptación de la Compañía se procederá con lo preceptuado en los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

La edad del Asegurado se ha calculado según la fecha de nacimiento declarada en la Solicitud de Seguro. Si la edad no fuere correcta La Compañía podrá, a su opción, solicitar requisitos correspondientes a la edad verdadera y ajustar el producto a pagar sobre esta Póliza al monto pagadero según la edad verdadera de acuerdo a las tarifas y edades de emisión vigentes al momento de la celebración del contrato. En el evento que los nuevos requisitos solicitados provean información que hubiese llevado a La Compañía a no emitir la Póliza desde el inicio, en caso de haber contado con ellos, La Compañía procederá con la anulación de la Póliza por declaración inexacta de la información.

Si la edad del asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

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

II.-Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III.-Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado, en el momento de la celebración del contrato. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

IV.-Si, con posterioridad a la muerte del asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

CLÁUSULA No. 21: PERÍODO DE GRACIA

Después de pagar la primera prima, se concede para el pago de las otras, un período de gracia de treinta (30) días calendario, durante el cual no se imponen intereses y la Póliza continúa vigente.

Pero si al terminar dicha prórroga la prima no ha sido pagada, la cobertura de esta Póliza se terminará automáticamente, de acuerdo a lo establecido en el segundo párrafo del Artículo 1249 del Código de Comercio. En caso de ocurrir un siniestro durante el período de gracia la Compañía deducirá la prima adeudada de la indemnización que corresponda.

CLÁUSULA No. 22: REHABILITACIÓN

Si esta Póliza hubiere sido cancelada por falta de pago de las primas, ésta podrá ser rehabilitada dentro de un plazo de treinta (30) días calendario contado a partir de la fecha de cancelación, previa solicitud escrita del Asegurado y la presentación de los requisitos de asegurabilidad que La Compañía estime convenientes.

CLÁUSULA No. 23: 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 manifestare 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.

CLÁUSULA No. 24: VALORES GARANTIZADOS

En caso de terminación anticipada si el contrato ha estado vigente por más de diez (10) años el Asegurado tendrá derecho al reembolso de un porcentaje de la reserva matemática determinado de acuerdo con las normas técnicas vigentes y en cumplimiento del artículo 1253 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 25: PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización se realizará conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

En los casos en que la institución haya pagado un siniestro dentro del plazo señalado y posteriormente se probare que existió dolo o fraude, la institución podrá repetir contra quien haya recibido el pago ilegalmente.

CLÁUSULA No. 26: MODIFICACIONES

Ninguna modificación a esta Póliza será válida si no está autorizada por la firma de los funcionarios de la Compañía y el Asegurado. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona de la Compañía no tienen facultad para hacer concesiones o modificaciones algunas.

CLÁUSULA No. 27: EXENCION DE RESTRICCIONES

Esta Póliza está exenta de toda clase de restricciones relativas a residencia, ocupación, viajes, género de vida, época y lugar en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando su ocupación esté amparada dentro de lo establecido en la póliza.

CLÁUSULA No. 28: REPOSICIÓN

En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza la Compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Asegurado.

CLÁUSULA No. 29: MONEDA

Esta Póliza ha sido emitida en la moneda que se indica en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Si la póliza se contrata en moneda extranjera las obligaciones tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar bajo esta Póliza, se cumplirán entregando en la moneda contratada o el equivalente en moneda nacional al tipo de cambio según los términos de la Ley Monetaria vigente y aplicable a la fecha en la cual las obligaciones se conviertan en líquidas y exigibles.

CLÁUSULA No. 30: 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 of Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

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

CLÁUSULA No. 31: 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.