



SEGURO DE VIDA INTEGRAL

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

Se describen a continuación los derechos otorgados por el presente contrato que estarán vigentes siempre y cuando, al momento de ocurrir el evento objeto de cobertura, la Póliza se encuentre vigente y se cumplan con todos los requisitos que para cada cobertura se hayan estipulado. El pago a los Beneficiarios estará sujeto a la presentación de la documentación que estos deberán someter a La Compañía para evidenciar la existencia del evento objeto de cobertura y los requisitos serán informados por La Compañía cuando los beneficiarios así lo soliciten.

La Póliza siempre constará de la cobertura de Muerte por Cualquier Causa como cobertura básica y es de obligatoria contratación para su emisión. Esta Póliza podrá incluir coberturas adicionales opcionales que se encuentran detalladas en estas Condiciones Generales o algunas otras coberturas adicionales documentadas mediante anexos a estas Condiciones Generales, siempre y cuando estas coberturas adicionales opcionales hayan sido contratadas por el asegurado y se encuentren listadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Riesgos Cubiertos:

De forma general y sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones de esta póliza, se puede decir que el seguro descrito en este documento cubre Muerte por cualquier causa, para personas aseguradas que residan permanentemente en el territorio nacional.

COBERTURA BÁSICA

1. Muerte por Cualquier Causa

En caso de fallecimiento del Asegurado, La Compañía indemnizará, a los Beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta



cobertura que haya sido estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

COBERTURAS ADICIONALES:

Se podrán contratar adicionalmente coberturas, beneficios y servicios adicionales, los cuales generarán un costo adicional para el Asegurado:

- 1. Muerte Accidental, Desmembramiento Accidental y Lesiones Corporales.**

En caso de muerte accidental La Compañía pagará el doble de la suma asegurada básica, o un porcentaje de la misma en caso de desmembramiento o pérdida de la vista por accidente y siempre que al ocurrir un accidente el Asegurado no haya cumplido la edad de setenta (70) años.

Son parte de las exclusiones de esta cobertura adicional las manifestadas en las condiciones generales y en el endoso número uno (1)

- 2. Pago Anticipado de Capital Asegurado en Caso de Incapacidad Total y Permanente. (PACA).**

La Compañía procederá a pagar, la Suma Asegurada estipulada por este beneficio en las Condiciones Particulares de la Póliza, la cual se pagará en doce (12) cuotas o en una sola cuota si existe Cesionario nombrado por el Asegurado.

Son parte de las exclusiones de esta cobertura adicional las manifestadas en las condiciones generales y en el endoso número dos (2)

- 3. . Anticipo de Suma en Caso de Enfermedades Terminales**

Esta cobertura podrá ser anexada a cualquier contrato de seguro emitido. Se describen los derechos otorgados por el presente documento que estarán vigentes siempre y cuando al momento de ser diagnosticada la Enfermedad Terminal la Póliza se encuentre vigente y se cumplan con todos los requisitos que para esta cobertura se hayan estipulado. El pago de los derechos derivados al Asegurado estará sujeto a la presentación de la documentación que deberá someter a La Compañía para evidenciar la existencia del evento objeto de cobertura; los requisitos serán informados por La Compañía a solicitud del Asegurado.

Es una enfermedad Terminal, progresiva e incurable con signos irreversibles de la enfermedad, falta de respuesta al tratamiento específico y médicamente convencional y con un pronóstico de vida inferior a doce (12) meses dictaminados en consenso por un grupo de al menos tres (3) médicos facultativos, a satisfacción de La Compañía.

Cobertura del treinta y cinco (35%) de la suma asegurada básica.



4. Canasta Básica por Fallecimiento

En caso de Fallecer el Asegurado, se pagará al beneficiario en concepto de apoyo alimentario la Suma Asegurada y número de cuotas estipulada en las Condiciones Particulares para este beneficio.

El pago de seis (6) cuotas mensuales equivalente a Seiscientos Dólares (\$600.00). Aplica un período de carencia de seis (6) meses.

5. Renta Diaria por Hospitalización

La Compañía se obliga a pagar el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto al período de espera, límite y deducible indicado en las Condiciones Particulares, si el Asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad o accidentes cubierta por la Póliza. Son elegibles para este beneficio, los Asegurados con una edad máxima de setenta (70) años.

Monto fijo mensual hasta por veinte (20) días al año en varios o en un solo evento. Ciento Cincuenta Dólares (\$ 150.00) Por día. Aplica un período de carencia de cuatro (4) meses.

Son parte de las exclusiones de esta cobertura adicional las manifestadas en las condiciones generales y en el endoso número cinco (5)

6. Gastos de Repatriación

Si el Asegurado falleciera fuera de su País de Residencia, La Compañía pagará a los beneficiarios el diez por ciento (10%) de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica, con un límite máximo de Cinco Mil Dólares (\$5,000.00), con el fin de cubrir los gastos necesarios para la repatriación de los restos del Asegurado Fallecido.

7. Gastos de Escolaridad

Al fallecer el titular de la póliza, se realizara el pago de 10 mensualidades sobre un monto fijo equivalente a \$ 360.00, cubre hasta nivel universitarios de pre-grado. Aplica un periodo de carencia de 6 Meses. El Asegurado deberá indicar el nombre, fecha de nacimiento y Numero de Identidad de los hijos, que pudieran ser amparados bajo esta cobertura, en el entendido que el límite máximo por uno o varios hijos es de \$360.00 mensuales hasta 10 mensualidades.

8. Gastos Fúnebres

Al momento del fallecimiento del asegurado se pagara un monto de \$.5,000.00 por concepto de gastos fúnebres.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES

La Póliza no brindará cobertura, ni para la cobertura básica ni para las coberturas adicionales contratadas, cuando el fallecimiento del Asegurado ocurra:

- 1. La Compañía concluya que se efectuaron declaraciones falsas, fraudulentas o equivocadas, u omisiones de información en la solicitud de cualquier Asegurado dado y lo corrobore mediante información suministrada por médicos, hospitales o clínicas públicas o privadas o suministrada a terceros por el propio Asegurado.**
- 2. Como consecuencia de liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).**
- 3. En cualquier tipo de guerra local o internacional, declarada o no.**
- 4. Como consecuencia de golpe de Estado, conmoción civil o sublevaciones populares generalizadas en el país.**
- 5. Por eventos de Terrorismo que conlleven contaminaciones biológicas, químicas, nucleares o radioactivas.**
- 6. Por suicidio dentro de los veinticuatro (24) primeros meses de vigencia o de rehabilitación de la Póliza.**
- 7. Siendo portador del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), siempre y cuando la muerte haya ocurrido dentro de los veinticuatro (24) primeros meses de vigencia o rehabilitación de la Póliza. En este caso los beneficiarios solo tendrán derecho a la suma de las primas pagadas hasta la fecha de fallecimiento.**
- 9. Por accidentes de navegación aérea, salvo que el Asegurado viaje como pasajero en aeronave de línea comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros por accidentes en que el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier clase de vehículos que esté participando en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- 9. Por Riñas provocadas por el Asegurado o delitos cometidos por él.**
- 10. Por accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.**
- 11. Huelgas, paros o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares en que participe el Asegurado.**
- 12. Guerra o cualquier acto relacionado con ella, haya habido o no declaraciones de guerra.**
- 13. Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona.**
- 14. Cualquier infección bacterial, excepto la resultante de lesión corporal, externa y accidental.**



15. El desempeño de servicio militar, naval o de seguridad, vigilancia o policía.

CLÁUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte de este contrato de seguro la Solicitud de Seguro hecha por el Asegurado, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro y los anexos o endosos adheridos y firmados a la presente Póliza, si los hubiere.

En las Condiciones Particulares y en la solicitud de Seguro se estipula el plan que el Asegurado ha escogido para su protección y la amplitud del mismo quedará delimitada dentro de la respectiva definición.

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:

ASEGURADO: Persona (s) natural (es) sobre cuya (s) vida (s) se contrata el seguro de vida de acuerdo a las estipulaciones de la póliza y que aparece (n) designada (s) como tal (es) en las Condiciones Particulares.

ACCIDENTE: Todo suceso súbito, imprevisto y fortuito que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado, que ponga en peligro la integridad y salud del mismo, que ocurra dentro del período de vigencia definido para esta cobertura adicional.

ANQUILOSIS: Limitación total y permanente de los movimientos de una articulación movable

BENEFICIARIO: Se denominará beneficiario a la persona nombrada por el Asegurado de la póliza para recibir el producto del seguro de vida en caso de muerte de cualquiera de los Asegurados. Bajo esta modalidad el Asegurado es la única persona que puede designar a él o los beneficiarios de la póliza, como también para hacer cambios a dicha designación.

CESIONARIO: Institución a la que se ceden los intereses o beneficios legales derivados de una póliza.

COMPAÑÍA: Una compañía de seguros o aseguradora es la empresa especializada en el seguro, cuya actividad económica consiste en producir el servicio de seguridad, cubriendo determinados riesgos económicos (riesgos asegurables) a las unidades económicas de producción y consumo. MAPFRE Seguros Honduras S.A.

CNBS: Comisión Nacional de Bancos y Seguros de Honduras es la entidad encargada de vigilar el cumplimiento de las normas emitidas por el Banco Central de Honduras en materia de política monetaria, crediticia y cambiaria.

CLASIFICACIÓN TNM T2N0M0: Es uno de los sistemas de estadificación de cáncer de mayor uso. La mayoría de los establecimientos médicos usan el sistema TNM como método principal al dar algún informe sobre el cáncer.



El sistema TNM se basa en el tamaño o extensión (alcance) del tumor primario (T), el grado de diseminación a los ganglios linfáticos (N) cercanos, y la presencia de metástasis (M) o de tumores secundarios que se formen por la diseminación de las células cancerosas a otras partes del cuerpo. Un número se añade a cada letra para indicar el tamaño o extensión del tumor primario y el grado de diseminación del cáncer.

DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL: pérdida de una o más extremidades debido a un accidente. El desmembramiento es una recurrencia repentina, involuntaria e inesperado, que resulta en una pérdida que es únicamente externa y visible; lo que significa que resultó en una separación completa del cuerpo de una o más extremidades u ojos y no fue contribuida por una enfermedad.

DIAGNÓSTICO: Es el diagnóstico inequívoco de un Médico, confirmado por otro Médico, de la existencia de una Enfermedad grave, basado en el historial del paciente, examen físico, radiografías y/o laboratorios, incluyendo una confirmación histológica y microscópica.

ENDOSO: Documento emitido por La Compañía, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Condiciones Particulares de la Póliza, prevaleciendo las condiciones redactadas en el Endoso que corresponda sobre las Condiciones Generales o Condiciones Particulares de la Póliza.

ESTADIFICACIÓN: La estadificación describe la gravedad del cáncer que aqueja a una persona basándose en el tamaño o en la extensión del tumor original (primario) y si el cáncer se ha diseminado en el cuerpo o no.

EDAD MÁXIMA DE COBERTURA: Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Después de esta edad la cobertura se considera terminada automáticamente para el Asegurado y La Compañía no tiene derecho a cobrar prima por dicho Asegurado.

ENFERMEDADES O INCAPACIDADES PREEXISTENTES O ANTERIORES: Cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que existía(n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado, sobre la cual padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.

FRAUDE: Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, que hubieren podido influir de un modo directo en la existencia o condiciones del Contrato, trae consigo la nulidad del



mismo. Si la falsedad o inexactitud proviene del Asegurado o de quien lo represente, La Compañía tiene derecho a las Primas pagadas.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Es el estado o condición adquirida por una persona como resultado de una lesión corporal o enfermedad que dictaminada en consenso por un grupo de al menos tres (3) facultativos médicos a satisfacción de La Compañía de forma definitiva y permanente, merme en un sesenta y cinco por ciento (65%) su capacidad para llevar a cabo cualquier ocupación o actividad de la cual se derive el sustento económico de la misma.

IN SITU: Las células anormales están presentes solo en la capa de células en donde se forman.

LA LEY: Esta Ley regula la Creación, Organización, Funcionamiento, Fusión, Conversión, Escisión, Liquidación y Supervisión de las Instituciones que realicen actividades u operaciones de Seguros y Reaseguros, y tiene como propósitos.

LESIÓN CORPORAL: se refiere a cualquier tipo de lesiones físicas o mentales causadas a una persona, tales como huesos rotos, incisiones, parálisis o muerte que ocurra como consecuencia de un acto de negligencia de otra persona.

METÁSTASIS: El cáncer metastásico es cáncer que se ha diseminado de su lugar de origen a otras partes del cuerpo. Un tumor que se forma de las células del cáncer metastático se llama tumor metastático o metástasis. El proceso por el cual las células del cáncer se diseminan a otras partes del cuerpo se llama también metástasis.

MONEDA: Todas las cantidades de dinero que deberán ser intercambiadas entre las partes en virtud de la presente Póliza, se efectuarán en la moneda que al efecto se designe en las Condiciones Particulares de la Póliza.

MUERTE ACCIDENTAL: es todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afectó la humanidad del asegurado provocándole la muerte.

PERIODO DE ESPERA: Es el lapso predeterminado e interrumpido de tiempo que debe transcurrir para cubrir ciertos padecimientos, contados a partir del ingreso del asegurado a la póliza.

PERÍODO DE CARENCIA: es el período de tiempo, posterior a la suscripción de un contrato de seguro, durante el cual la totalidad o parte de las coberturas del mismo no surten efecto.

PERÍODO DE GRACIA: Periodo que concede para el pago de la prima.

PÓLIZA: Documento que instrumenta el Contrato de Seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, especial o particular regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Compañía y el Asegurado.



PRIMA: Cantidad a pagar por los Asegurados en concepto de contraprestación por la cobertura del Seguro.

SINIESTRO: Es la realización de la eventualidad prevista en el contrato, cuyas consecuencias están cubiertas por la Póliza de acuerdo con los límites de las coberturas contratadas y pagadas.

SUMA ASEGURADA: Es el monto que La Compañía se compromete a pagar al Asegurado o beneficiarios designados, según corresponda, al momento de materializarse el riesgo o evento amparado por las coberturas contratadas. Este monto se especifica en las Condiciones Particulares de la Póliza, para cada cobertura contratada.

TERRORISMO: Se entiende por un acto de terrorismo aquel que incluye, pero no se limita al uso de fuerza o violencia y/o amenaza por parte de cualquier persona o grupo (s) de personas que, o bien actúan solas o por encargo, o en conexión con cualquier organización (es) o gobierno (s), y que sea cometido por razones políticas, religiosas, ideológicas o similares, incluyendo la intención de influenciar en el gobierno y/o crear temor y miedo en la opinión pública o parte de la misma.

CLÁUSULA No. 5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

La Compañía indemnizará al Asegurado hasta los límites establecidos, dicha indemnización no deberá sobrepasar de ninguna manera el límite máximo de responsabilidad estipulado.

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

Para efectos de esta Póliza, se considera como prima a la suma total de las primas individuales correspondientes a la cobertura básica y las coberturas adicionales opcionales que hayan sido contratadas y cuyos respectivos montos se encuentran definidos en las Condiciones Particulares y Solicitud de Seguros de la Póliza.

El Asegurado es responsable del pago puntual de la prima y es pagadera en la fecha de Inicio de vigencia de la Póliza o en cualquier otra fecha de pago que haya sido convenida por escrito, con La Compañía, de acuerdo con los montos, frecuencia, forma y cantidad de pagos convenidos en las Condiciones Particulares. La primera prima acordada previamente a la emisión de la Póliza deberá ser cubierta, a más tardar, en la fecha de emisión. En caso de que La Compañía no reciba la primera prima acordada se procederá a declarar la nulidad absoluta de la Póliza.

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.

La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por media de cláusulas en que se convenga que el seguro no entrará en vigor sitio después del pago de la primera prima.

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.



El pago de la prima será válido con la entrega al Asegurado de un recibo impreso y debidamente firmado por algún representante o apoderado de La Compañía.

CLÁUSULA No.8 VIGENCIA

La vigencia de este Contrato será de un (1) año entrando en vigor desde la fecha estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre y cuando se paguen en su totalidad y por adelantado las primas según la frecuencia de pago de primas convenidos.

Esta Póliza entrará en vigor en la fecha de inicio de vigencia estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que:

i)Haya sido emitida y firmada por parte de La Compañía, la primera prima haya sido recibida por La Compañía y todo esto ocurra mientras el Asegurado se encuentre con vida.

CLÁUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

El pago de los beneficios que emanan de esta Póliza estará sujeto a satisfacer primero las deudas vigentes con La Compañía y el interés de cualquier Cesionario registrado, en ese orden. En caso de fallecimiento, el remanente será pagado a los beneficiarios nombrados.

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

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

CLÁUSULA No. 10 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 emano 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 DE 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 ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición contraria de este Código, o de la ley orgánica respectiva, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso. La falta de éste permitirá disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente; si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del siniestro, el asegurador quedará liberado de sus obligaciones como tal.

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

CLÁUSULA No.12 TERMINACIÓN ANTICIPADA

Esta Póliza terminará, tanto para la cobertura básica, como para las coberturas adicionales contratadas, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. El día y hora en que La Compañía reciba la solicitud escrita del Asegurado hecha a tal fin, sin perjuicio de que en la misma se indique una fecha posterior
- b. El día en el que el Asegurado fallece
- c. Al concluir el día de la fecha de terminación de vigencia estipulada en las Condiciones Particulares.
- d. Al vencimiento del plazo enunciado en el aviso de cancelación más reciente emitido y que se encuentre vigente
- e. El día en que La Compañía tenga conocimiento de declaraciones falsas, fraudulentas o equivocadas, u omisiones de información en la solicitud de cualquier Asegurado dado y lo corrobore mediante información suministrada por médicos, hospitales o clínicas públicas o privadas o suministrada a terceros por el propio Asegurado. Sin perjuicio de lo anterior, La Compañía informará del hecho al Asegurado mediante comunicación escrita. La efectividad de la cancelación será retroactiva al momento que se llevó a cabo el hecho fraudulento, la declaración inexacta o la omisión de información. En este caso, no se devolverán las primas pagadas por el Asegurado.
- f. El día anterior a la fecha en que éste ingrese al servicio activo de fuerzas armadas, de policía, ejércitos o instituciones de seguridad pública o privada, de cualquier agrupación u organización, o Estado.
- g. El día anterior a la fecha en que cambie de profesión o actividad agravando el riesgo, sin previo aviso a La Compañía, y sin que La Compañía haya dado su aceptación mediante Endoso.
- h. En el aniversario de la Póliza más próximo al cumplimiento de los ochenta (85) años del Asegurado.

CLÁUSULA No. 13 RENOVACIÓN

La póliza se renovará automáticamente según su vigencia por igual periodo hasta que haya transcurrido la cantidad de años de cobertura que aparece en las Condiciones Particulares de esta Póliza y cada vez que se pague en su totalidad y por adelantado la prima según la frecuencia y los años de pago de primas convenidos en cada fecha de renovación de acuerdo a la Cobertura de la Póliza.



Sin embargo, si el Asegurado paga su prima dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento del pago de su prima, tendrá derecho a la renovación automática de su póliza.

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 le de origen.

El plazo a que trata el párrafo 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 hayan 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. 15 CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento, o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de 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 Nacional de Bancos y Seguros no podrá pronunciarse en caso de litigio, salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA No. 16 COMUNICACIONES

Cualquier aviso o notificación que deba dar una de las partes a la otra (La Compañía o el Asegurado), por y para los efectos de esta Póliza, deberá hacerse por escrito.

En el caso de comunicaciones efectuadas por La Compañía estas podrán hacerse llegar mediante correo electrónico o correo certificado, dirigido a la última dirección electrónica o postal conocida, según corresponda (o, en su defecto, de no existir esta última, a entrega general del domicilio postal correspondiente) o ser entregado al Intermediario de Seguros y/o Fianzas consignado en la Póliza.



Se entenderá que se ha dado o recibido el aviso o notificación, a partir de la fecha en que la carta sea puesta en la oficina de correos o entregada al Intermediario de Seguros y/o Fianzas de la Póliza en la forma antes mencionada o en la fecha de envío del correo electrónico, lo que ocurra primero; todo plazo que dependa de dicho aviso o notificación comenzará a correr desde esa fecha.

La constancia del envío del aviso o notificación enviado mediante correo electrónico o correo certificado a la última dirección electrónica o postal conocida (o en su defecto de no existir a entrega general del domicilio correspondiente), o de haber sido entregado al agente de seguros en sus oficinas si así se ha autorizado a La Compañía, se considerarán prueba suficiente de que dicho aviso o notificación ha sido dado.

Por su parte, todas las comunicaciones del Asegurado deberán ser efectuadas en documento escrito y firmado por la persona que corresponda y entregada en el domicilio de La Compañía y firmada de recibido por algún representante de la misma. Cualquier cambio de dirección del del Asegurado deberá ser notificado a La Compañía, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de esta.

CLÁUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD

El seguro tendrá cobertura mundial las 24 horas del día los 365 días del año.

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 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. 19 EDAD

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 verdadera del Asegurado al emitirse la Póliza resultare menor de dieciocho (18) años o mayor de sesenta y cinco (65) años, la póliza quedará



rescindida y La Compañía restituirá al Asegurado o a los beneficiarios si la comprobación fuese posterior al fallecimiento de aquél, las primas realmente pagadas debiendo deducir los gastos si procediere.

Edad Mínima de Ingreso: dieciocho (18) años

Edad Máxima de Ingreso: sesenta y cinco (65) años

Edad Máxima de Permanencia: ochenta y cinco (85) años

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. 20 PERÍODO DE GRACIA

Después de pagar la primera prima se concede, para el pago de las subsiguientes, un período de gracia de treinta (30) días, durante el cual continúa la Póliza en vigor.



Una vez terminado el Periodo de Gracia sin que La Compañía reciba la prima correspondiente, La Compañía podrá enviar un Aviso de Cancelación de la Póliza por incumplimiento de pago de la prima. La fecha efectiva de la cancelación será en el día o en el plazo que en dicho aviso se establezca, de acuerdo con la Ley.

El Aviso de Cancelación de la Póliza deberá ser notificado mediante envío al Asegurado a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza que conserve La Compañía. Copia del Aviso de Cancelación deberá ser enviada al Intermediario de Seguros y/o Fianzas y al cesionario, en caso de existir.

Queda acordado y convenido que el pago de la prima con posterioridad a que venza el plazo que establece el Aviso de Cancelación no conlleva a la rehabilitación de la Póliza. En este caso, aun en el caso de siniestro que de otra manera hubiese estado cubierto bajo la misma, La Compañía se obliga únicamente a devolver al Asegurado las primas pagadas extemporáneamente.

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

CLÁUSULA No. 21 REHABILITACIÓN

Una vez cancelada la Póliza por falta de pago y mientras no hayan transcurrido los años de cobertura establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Asegurado podrá rehabilitar la Póliza solicitándolo así por escrito a La Compañía.

Las condiciones mínimas para solicitar la rehabilitación y que deberá cumplir en ese momento el Asegurado son:

- a) Que la solicitud de rehabilitación sea recibida por La Compañía en un plazo no mayor a un (1) mes contados a partir de la fecha efectiva de cancelación
- b) Acompañar a la solicitud con el original de la Póliza que se solicita rehabilitar
- c) Que el Asegurado propuesto someta a La Compañía los requisitos de asegurabilidad que esta establezca de acuerdo con sus normas y prácticas de suscripción
- d) Hacer el pago de las primas adeudadas a la fecha de cancelación
- e) Recibir del Asegurado la solicitud de cambio de forma de pago a tarjeta de crédito o alguna otra forma de pago automática aceptada por La Compañía, en caso que esta no sea la forma de pago vigente a la fecha de cancelación.

La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días hábiles para evaluar la solicitud de rehabilitación, contados a partir de la fecha en que el solicitante haya cumplido todos los requisitos que por escrito le haya exigido La Compañía a tal fin.



Transcurrido dicho plazo sin que La Compañía haya dado respuesta a la solicitud, ésta se entenderá por rechazada. En otro caso, la fecha efectiva de la rehabilitación será la que La Compañía estipule por escrito, pero en ningún caso se entenderá que la Póliza ha sido rehabilitada mientras no se le haya entregado la Póliza rehabilitada al Asegurado en vida de él o los Asegurados y la(s) prima(s) que correspondan desde la fecha de cancelación hasta el mes en el que la Póliza rehabilitada se devuelva haya(n) sido pagada(s).

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 su 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. 23 MONEDA

La póliza podrá ser suscrita en moneda lempiras o dólares.

CLÁUSULA No. 24 CESIÓN

El seguro podrá ser cesionado a una institución financiera, cubriendo el saldo de la deuda al día del fallecimiento, y de existir un remanente, deberá ser pagado a los beneficiarios designados en la solicitud del seguro.

CLÁUSULA No. 25 ENDOSO DE EXCLUSION LA/FT

El presente contrato de seguro se dará por terminado de manera anticipada en los casos en 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 de 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 de crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de los 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, ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que La Aseguradora deberá de informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA No.26 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.