

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 devolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiera 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 1.- COBERTURA

Seguro de Vida Individual Temporal, ofrece protección por un tiempo determinado y limitado, se suscribe en plazos desde uno (1) a treinta (30) años. Garantizando el pago del monto suscrito por fallecimiento del asegurado ocurrido durante la vigencia del seguro.

En este plan el asegurado paga una prima nivelada durante el periodo contratado que puede ser desde uno (1) a treinta (30) años según se convenga y la compañía, por su parte pagara la suma asegurada al ocurrir la muerte del asegurado, si la muerte se da en el periodo contratado.

I. COBERTURA BÁSICA:

FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Bajo esta cobertura, la Compañía se obliga a pagar hasta por la Suma Asegurada el fallecimiento del Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en las condiciones particulares y/o especiales, según el caso. Se incluyen en esta cobertura personas de dieciocho (18) a sesenta cinco (65) años, con terminación de la cobertura al cumplir los setenta y cinco (75) años.

II. COBERTURAS ADICIONALES

La Compañía, según su criterio, pondrá a disposición del Asegurado una serie de coberturas adicionales que amplían o complementan la cobertura básica ofrecida y que se pueden incluir a esta póliza mediante convenio expreso; dichas coberturas adicionales serán aplicables siempre que se realice el pago adicional de las primas correspondientes a cada cobertura; mismas que serán detalladas en las condiciones particulares y/o especiales de la Póliza.

CLÁUSULA 2.- EXCLUSIONES

Este seguro no cubrirá cuando el fallecimiento o lesiones del Asegurado se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de:

1. Suicidio antes del segundo año de vigencia de la Póliza.
2. Intento de suicidio o lesión provocada por el Asegurado a sí mismo.
3. Enfermedades preexistentes desde el momento de suscribir la Póliza; no obstante, esta cobertura está amparada en el presente Contrato de Seguro, a partir del segundo año de vigencia de la Póliza.
4. Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA); no obstante, esta cobertura está amparada a partir del tercer año de vigencia de la Póliza.
5. Fallecimiento y/o daños causados al Asegurado por encontrarse bajo la influencia de drogas, alcohol u otras sustancias tóxicas.
6. Fallecimiento a consecuencia de la participación en huelgas, riñas, duelos o tratar de cometer alguna participación en la comisión de cualquier delito por parte del Asegurado.
7. Guerra declarada o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, operaciones hostiles o bélicas (se haya declarado la guerra o no), terrorismo, guerra civil, actos de sedición, conmociones civiles que alcancen proporciones o tengan carácter de alzamiento popular, alzamiento militar, asonadas, rebeliones, revoluciones, poderes militares o usurpados, ley marcial y reclamaciones directas o indirectamente derivadas de la fisión o de la fusión nuclear, o de radiactividad.
8. Fallecimiento o lesiones de cualquier naturaleza, relacionados directa o indirectamente con cualquier acto de terrorismo por parte del Asegurado.
Se entenderá por un acto terrorista como una conducta calificada como tal por la Ley, provocados por personas o grupos, motivados por causas políticas, religiosas, ideológicas, o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población o a cualquier segmento de esta.
9. El desempeño de servicio militar, naval o de seguridad, vigilancia o policía.
10. Fallecimiento por lesiones corporales causadas intencionalmente al Asegurado por: a) El o los Beneficiario(s). b) Cualquier otra persona, como consecuencia de actos ilícitos cometidos por el Asegurado.
11. Fallecimiento o lesiones causadas al Asegurado, relacionadas con actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal vigente y demás legislación aplicable del país.
12. Fallecimiento del Asegurado por la práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.

CLÁUSULA 3.- FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro queda constituido por las Condiciones Generales, la Solicitud del Seguro, los anexos o endosos y condiciones especiales si las hubiere y que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación del Asegurado.

CLÁUSULA 4.- DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación del presente Contrato de Seguro, se establecen las definiciones siguientes:

- a) **ACCIDENTE:** Para efectos de esta Póliza se entenderá por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos e independientes de la voluntad del Asegurado y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, apopléjicos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, afecciones e infecciones de cualquier naturaleza que sufra el Asegurado.
- b) **ASEGURADO:** Persona natural suscriptora de la Póliza, que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.
- c) **BENEFICIARIO (S):** Persona natural o jurídica designada por el Asegurado que recibirá indemnización en caso de siniestro.
- d) **COMISIÓN O CNBS:** Comisión Nacional de Bancos y Seguros
- e) **COMPAÑÍA:** Institución de Seguros denominada Aseguradora Rural Honduras, S.A.
- f) **CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las instituciones de seguros para regular los Contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza de seguro, siempre y cuando sean comunicadas al Asegurado.
- g) **CONDICIONES ESPECIALES:** Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar coberturas, reducir algunas exclusiones, aclarar cláusulas y en general, modificar el contenido o efectos de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
- h) **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 e impuestos, el lugar y la forma de pago, vencimiento de la prima, la vigencia del Contrato, entre otros. Es el documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de Póliza, nombre del Asegurado, identificación completa de la Compañía, monto de la prima, forma y lugar de pago, periodo de vigencia y la firma de la Compañía.
- i) **CONTRATANTE:** Es la persona natural que suscribe con una institución de seguros una Póliza o Contrato de Seguros.
- j) **ENDOSO O ANEXO:** Documento que se adhiere a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Asegurado, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Asegurado, según corresponda.

- k) **ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:** Es aquella cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura, independientemente de que la persona haya o no tenido conocimiento del diagnóstico, y/o que exista un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.
- l) **INSTITUCIÓN SUPERVISADA:** Son Instituciones del Sistema Financiero, Oficinas de Representación, Organizaciones Privadas de Desarrollo Financieras (OPDF), Instituciones de Seguros, Institutos Públicos de Previsión, Administradoras de Fondos de Pensiones y Cooperativas de Ahorro y Crédito supervisadas por la Comisión.
- n) **LEY:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros
- n) **MODELO DE CONTRATO O PÓLIZA DE SEGUROS Y FIANZAS:** Documento que se formaliza con el consentimiento del Contrato del Seguro en el que se reflejan las condiciones que, de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el Asegurador y el Asegurado. Se encuentran comprendidos los endosos o anexos relacionados con la materia asegurada, las modificaciones realizadas durante la vigencia del Contrato y las bases técnicas. Se incluyen en esta definición los Contratos de fianzas.
- o) **PERÍODO DE GRACIA:** Lapso de treinta (30) días calendario que tiene Asegurado para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas.
Durante este periodo, la cobertura de la Póliza está en pleno vigor.
- p) **PERIODO DE CARENCIA O ESPERA:** Tiempo comprendido entre la fecha de efecto de la Póliza y el momento en que entran en vigor ciertas coberturas, siendo muy habitual en seguros de salud.
- q) **PRIMA COMERCIAL:** Es la que aplica la Compañía, a un riesgo determinado y para una cobertura concreta; incorpora la prima pura de riesgo, pero también los gastos por la evaluación del riesgo, los gastos administrativos, la comisión del canal de comercialización, entre otros.
- r) **SUMA ASEGURADA:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía por cada Asegurado, a consecuencia del riesgo cubierto de acuerdo con las estipulaciones consignadas en esta Póliza y los documentos que forman parte de esta. Con el pago de la Suma Asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en el Consentimiento-Certificado de Seguro.
- s) **SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL:** Documento mediante el cual el tomador del seguro o Asegurado solicita o pide a la institución de seguros las coberturas de descritas en el documento y en consecuencia la emisión de la correspondiente Póliza.

CLÁUSULA 5.- LIMITES DE RESPONSABILIDAD

Es la cantidad máxima que la Compañía pagará al Asegurado o Beneficiario (s) ante la ocurrencia de alguno de los riesgos cubiertos y siempre que ocurran dentro de la vigencia de la presente Póliza. Dicho límite está establecido y debe aparecer estipulado en la Póliza del seguro.

CLAÚSULA 6.- DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado perderá todo derecho a las indemnizaciones y la Compañía quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta Póliza, cuando el Asegurado realice declaraciones que fueren falsas, inexactas o que contengan omisiones voluntarias, en la Solicitud de Seguro o cualquier otro documento que entregue a la Compañía respecto a hechos o circunstancias importantes para la apreciación y/o evaluación del riesgo al que se le dará cobertura, de conformidad con lo que al respecto se establece en los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que el Asegurador no habría 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 Asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

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

Si el seguro concerniera 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 Contratante 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 el Asegurador 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.

En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieran noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor del Asegurador 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 7.- PAGO DE PRIMA

La prima será calculada por la Compañía de acuerdo con la Suma Asegurada, riesgo, edad, entre otros, y; de acuerdo con las tarifas en vigor que se tengan, al momento de la celebración o renovación del Contrato.

La prima será pagada por el Asegurado, y resultará de la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo de acuerdo con el análisis del riesgo, edad y Suma Asegurada.

La prima podrá ser cancelada de manera semanal, mensual, trimestral, semestral o anual; tal como lo determine la Compañía con el Asegurado. Cuando existan pagos fraccionados en la Póliza, al momento de existir un reclamo, la prima deberá ser cancelada en su totalidad.

CLÁUSULA 8.- VIGENCIA

La Compañía asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio y finalización de vigencia de la Póliza que se hará constar en las condiciones particulares y/o especiales.

CLÁUSULA 9.- BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene la facultad de designar en la solicitud de seguro a sus Beneficiarios principales y de contingencia y el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos y serán a quienes la Compañía efectuara el pago de la Suma Asegurada a causa de fallecimiento del Asegurado.

El Asegurado podrá en cualquier momento y sin el consentimiento de su(s) beneficiario(s), hacer una nueva designación de nombres y los porcentajes de indemnización de los Beneficiario (s); siempre y cuando la Póliza este en vigor y no exista restricción legal alguna.

El cambio de Beneficiarios deberá ser notificado por escrito a la Compañía, expresando con claridad el o los nombres del beneficiario (s) y sus porcentajes de indemnización. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente en la Compañía, se indemnizará al (a los) último(s) Beneficiario(s) del que haya tenido conocimiento; tal situación no implicará responsabilidad alguna para la Compañía.

Si el Asegurado designa más de un (1) Beneficiario y no se indican los porcentajes para cada uno, la Compañía distribuirá la Suma Asegurada en partes iguales para cada Beneficiario.

En caso de que algún Beneficiario fallece antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda se distribuirá a favor de los demás Beneficiarios sobrevivientes en partes iguales, y si todos fallecieran la Suma Asegurada convenida

se pagará a los herederos legales del Asegurado. A los efectos del presente contrato de seguro, se presume que el Beneficiario de que se trate hubiese fallecido simultáneamente con el Asegurado cuando el suceso que da origen al fallecimiento ocurra en un mismo momento, independientemente que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

CLÁUSULA 10.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre alguna de las personas o cosas aseguradas, el Contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que la Compañía las habría Asegurado separadamente en idénticas condiciones.

Para los efectos del párrafo 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 emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro, en caso de que aplique.

La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el Contrato de Seguros. La responsabilidad concluirá quince (15) días calendario después de haber comunicado su resolución al Asegurado.

CLÁUSULA 11.- AVISO DEL SINIESTRO

En caso de fallecimiento del Asegurado, el o los Beneficiario (s) designados debe dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro, indicando la fecha, hora y circunstancias que lo produjeron.

El o los Beneficiario (s) designados deberá comprobar el reclamo, utilizando el formulario que para tal objeto proporciona la Compañía y de acuerdo con las instrucciones contenidas en el mismo. De igual manera, éstos estarán obligados a presentar a la Compañía, cualquier otro documento que se les requiera con el objeto de comprobar el reclamo.

El o los Beneficiario (s) designados proporcionarán en caso de reclamación por fallecimiento del Asegurado a la Compañía, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación debidamente completado.
2. Certificación original de Acta Defunción del Asegurado o copia debidamente autenticada, emitida por el Registro Nacional de las Personas (RNP).
3. Copia por ambos lados del Documento Nacional de Identificación del Asegurado fallecido y su original para verificación, cuando sea necesario.
4. Constancia Médica y/o Certificado emitido por el Colegio Médico de Honduras (CMH), cuando sea necesario.
5. Certificación original de la autopsia, constancia del Ministerio Público (MP), parte de tránsito y/o cualquier documento emitido por la Autoridad Competente; en caso de homicidio, muerte accidental, muerte violenta y/o suicidio.
6. Copia del Documento Nacional de Identificación y su original para verificación de los Beneficiarios mayores de edad. En caso de existir Beneficiarios menores de edad, se requerirá copia de la partida de nacimiento de los menores y copia del Documento de Identificación Nacional del padre o de la madre que sobreviva y Certificación de Tutoría Legal, en los casos que aplique.
7. Formulario de identificación de Beneficiario final del reclamo, debidamente completado.
8. Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del siniestro.

La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para evaluación y resolución del caso.

En caso de que el o los Beneficiario (s) designados no cumplan con la obligación de reportar el siniestro en los términos establecidos en la Póliza o en las disposiciones legales respectivas, la Compañía quedará desligada de sus obligaciones si:

- a. Se omite el aviso del siniestro a fin de impedir que se compruebe oportunamente sus circunstancias.
- b. Con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente los hechos referentes al siniestro que pudiere excluir o restringir sus obligaciones;
- c. Con igual propósito, no se le remite oportunamente a la Compañía la documentación referente al siniestro.

CLÁUSULA 12.- TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este Contrato de Seguro termina por las siguientes causas:

- a) Cumplida la fecha de terminación de la vigencia de la Póliza.
- b) Por falta de pago de la prima.
- c) Cuando se cancele por escrito la Póliza por parte del Asegurado.
- d) Cuando se cancele por escrito la Póliza por parte de la Compañía.
- e) Al cumplir el Asegurado setenta y cinco (75) años para la cobertura de fallecimiento
- f) Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.
- g) Declaraciones inexactas o falsas por parte del Asegurado.

h) La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Compañía dar por concluido el Contrato.

CLÁUSULA 13.- RENOVACIÓN

La Compañía renovará este Contrato por otro periodo anual, bajo las condiciones que la Compañía indique y que el Asegurado acepte, siempre y cuando las primas de la vigencia anterior estén pagadas a totalidad por el Asegurado. Los efectos del Contrato cesarán automáticamente treinta (30) calendarios después de la fecha de vencimiento de la prima.

CLÁUSULA 14.- PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del 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 ocurrido, sino desde el día en que La Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que 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, esta 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 se trata el artículo 1133 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 15.- CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus Asegurados sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación arbitraje o por la vía judicial.

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

CLAUSULA 16.- COMUNICACIONES

Toda solicitud o comunicación a la Compañía relacionada con la presente Póliza, deberá realizarse por escrito a la Oficina Principal o sucursales de la misma. Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Asegurado las enviara por escrito a la última dirección conocida por ella. Salvo pacto expreso en contrario, que constará por escrito, el aviso del siniestro podrá ser válido, dándolo a una oficina de la Compañía.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República de Honduras para todas las informaciones y avisos que deben enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

CLÁUSULA 17.- TERRITORIALIDAD

Esta Póliza cubre sin restricciones relativas a residencia, ocupación, viajes, género de vida y lugar en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando su ocupación esté dentro de los marcos legales establecidos.

CLÁUSULA 18.- SUICIDIO

En caso de fallecimiento por causa de suicidio de un Asegurado, cualquiera que sea su estado mental o el móvil del suicidio, la Compañía pagará la Suma Asegurada luego de transcurridos dos (2) años consecutivos de cobertura de un Asegurado dentro de la Póliza.

CLÁUSULA 19.- EDAD

La edad de ingreso será entre los dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años. El seguro podrá renovarse hasta el cumplimiento de los setenta y cinco (75) años.

Para las coberturas adicionales estipuladas mediante Endosos o Anexos, los límites de edad quedan estipulados en cada uno de los anexos respectivos.

En caso de que el asegurado alcanzase la edad máxima de la cobertura, el seguro, para tal asegurado, quedará sin efecto, teniendo que devolver la Aseguradora al Asegurado, la prima no devengada del seguro y las correspondientes Reservas Matemáticas, si existieren.

Si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, 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 Compañía 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 Compañía 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 Compañía 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 Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

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 Compañía anotará la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado. Conforme los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

CLAÚSULA 20.- PERÍODO DE GRACIA

El Asegurado dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la Póliza, si el pago no es efectuado, el contrato cesará en sus efectos automáticamente. En el caso que se pacten pagos fraccionados, el Asegurado no dispondrá del citado período de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes. En caso de siniestro, la Compañía deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

CLAUSULA 21.- DEDUCIBLE

Es la cantidad fija a cargo del Asegurado que corresponde a los primeros gastos médicos cubiertos por cada accidente. El seguro cubre a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en el cuadro de coberturas de las condiciones particulares.

CLAUSULA 22.- REHABILITACIÓN

Si la póliza caduca por falta de pago de primas puede ser rehabilitada en cualquier época durante el período de cobertura, respetando la vigencia originalmente pactada, siempre que reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Aseguradora, que el Asegurado lo solicite por escrito y que se obligue a cumplir el plan de pagos que se fije para el efecto.

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Aseguradora, comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

CLÁUSULA 23.- INDISPUTABILIDAD

Este Contrato se basa en la solicitud del Asegurado y, por consiguiente, cualquier dato inexacto o que haya sido ocultado, que conocido por la Compañía la hubiere modificado el riesgo aceptado, pudiera producir nulidad del Contrato; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o reticencia, no manifestare al Asegurado su deseo de impugnar el Contrato dentro de los tres (3) meses en que haya tenido tal conocimiento. Si el Asegurado hubiesen procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que estos harán a la Compañía dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Después de que esta Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor durante dos (2) años, su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del Asegurado.

CLAUSULA 24.- VALORES GARANTIZADOS

El producto de Seguro de Vida Individual Temporal como valor garantizado solo cuenta con el valor de rescate. El cálculo del valor de rescate se obtiene a partir de la reserva matemática terminal del año en que se ejecuta el valor de rescate por cancelación del seguro.

CLÁUSULA 25.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización se realizará en las oficinas principales de la Compañía o donde se estipule, dentro de los sesenta (60) días hábiles a partir del recibo del último documento para completar la información solicitada por la Compañía y conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y sus reformas.

Artículo 70.- En los contratos de seguros cuyo valor asegurado sea de hasta **SEISSIENTOS MIL LEMPIRAS (L.600,000.00)**, el pago deberá efectuarse dentro de los sesenta (60) días contados a partir del recibo de la respectiva documentación.

En tal caso, la institución de seguros podrá objetar parcial o totalmente de manera fundamentada la reclamación dentro del plazo con que cuenta para efectuar el pago de la indemnización.

En los contratos de seguros cuyo valor asegurado exceda de **SEISCIENTOS MIL LEMPIRAS (L.600,000.00)**, el pago deberá efectuarse dentro de los sesenta (60) días contados a partir del acuerdo de ajuste de la pérdida entre las partes. Las instituciones de seguros deberán actuar con celeridad y diligencia en todo el proceso de ajuste.

En los casos en que la institución de seguros 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. La Comisión, tomando como base el valor de la moneda, ajustará cada dos (2) años, el valor asegurado a que se refiere este artículo.

Los plazos y las condiciones establecidos en el presente artículo podrán ser modificados por la Comisión atendiendo situaciones de interés general, extraordinarias o catastróficas.

CLÁUSULA 26.- REPOSICIÓN

En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza o de algún Certificado de Seguro, la Compañía tendrá la obligación de expedir, a solicitud del Asegurado, copia o duplicado de la Póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta.

CLÁUSULA 27.- MONEDA

Todos los pagos hechos por el Asegurado deben ser ejecutados en la moneda establecida en la Solicitud de Seguro. A su vez, es obligatorio para la Compañía atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

CLÁUSULA 28.- 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. Toda modificación se hará constar en la propia Póliza o en un anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las Condiciones Particulares y/o Especiales que se anexen a las Condiciones Generales del Contrato deberán en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente al Asegurado, previo registro de los cambios en la Comisión. En caso de controversia entre las condiciones

generales y particulares prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del Seguro. El Asegurado tendrá derecho a que se le aplique las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Asegurado estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda en la prima, y de no estar de acuerdo con las modificaciones el Asegurado podrá rescindir del Contrato.

CLÁUSULA 29.- CESIÓN

La Suma Asegurada contratada por el Asegurado no podrán ser objeto de cesión, a no ser que la hubiere notificado por escrito y firmado por el Asegurado, lo cual hará constar en la Póliza.

CLÁUSULA 30.- ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FTPA

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en los que el Asegurado y/o el Beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

Este Contrato de Seguros 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.

CLAUSULA 31.- VALORES DE RESCATE

La Aseguradora a solicitud del Asegurado que haya contratado un seguro temporal con una duración mayor a diez (10) años y que hubiese pagado al menos dos primas anuales consecutivas, podrá liquidar el adeudo derivado del presente contrato mediante el pago en efectivo de una parte de la reserva matemática de la póliza, conforme al cuadro de valores de rescate según el plan suscrito que forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA 32.- NORMAS SUPLETORIAS/LEYES APLICABLES

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