

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 1. COBERTURAS

A. COBERTURA BÁSICA: MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

En caso del fallecimiento legalmente comprobado del Asegurado, La Aseguradora de acuerdo con las Condiciones Particulares y Certificado Individual 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 del Asegurado acontezca durante la vigencia de la Póliza.

Beneficios adicionales a la cobertura básica sin pago de prima: Estos beneficios son adicionales a la Cobertura Básica, son gratuitos y automáticos.

1. Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios

El o los Beneficiario(s) o sus herederos legales, tendrán derecho a solicitar a La Aseguradora, hasta un máximo equivalente al 20% (veinte por ciento) de la suma asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa e indicada en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de la póliza; con la finalidad de sufragar los gastos funerarios para el sepelio del Asegurado; dicho monto será deducido al momento de la indemnización de la suma asegurada que corresponde a la cobertura básica.

2. Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

En caso de que El Asegurado sea diagnosticado, por médico autorizado y especialista, de que la patología diagnosticada es terminal (es decir que la muerte se dará en el corto plazo igual o inferior a seis (6) meses), diagnosticada por primera vez y en fecha posterior a los seis (6) meses de contratación de la póliza, La Aseguradora, a solicitud del Contratante o Representante Legal, adelantará el porcentaje descrito en las condiciones particulares de la póliza, hasta un máximo equivalente al 35% (treinta y cinco por ciento) de la suma asegurada contratada para la Cobertura Básica Muerte por Cualquier Causa; dicho monto se deducirá de la suma asegurada a indemnizar en caso de muerte del Asegurado.

3. Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales

En caso que el Asegurado falleciere por cualquier causa y al momento de la ocurrencia del hecho se encontrara fuera de los límites territoriales de la República de Honduras; el o los beneficiarios o sus herederos legales, tendrán derecho a solicitar a La Aseguradora, hasta un máximo equivalente al 30% (treinta por ciento) de la suma asegurada contratada por la Cobertura Básica Muerte por

Cualquier Causa e indicada en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de la póliza; dicho monto será deducido al momento de la indemnización de la suma asegurada que corresponde a la cobertura básica.

Aspectos Importantes de los Beneficios adicionales a la cobertura básica

- El otorgamiento de los beneficios 1 y 2 anteriormente expuestos, operará bajo la modalidad de Reembolso a la persona que haya contratado el servicio y realizado el gasto, quien deberá presentar las facturas originales correspondiente al tipo de servicio por el que se realizó el gasto. Dicha persona debe ser él o uno de los beneficiarios o herederos legales del asegurado fallecido.
- Si previo al fallecimiento del asegurado, se hubiere otorgado indemnización por anticipación de sumas aseguradas según estas coberturas adicionales a la Cobertura Básica, se le entregara al o los beneficiario(s) designado(s) y expuesto(s) en las Condiciones Particulares o Certificado Individual, la diferencia entre la suma asegurada contratada para la cobertura básica menos las indemnizaciones de anticipo otorgada(s).
- Si por las indemnizaciones de anticipación de sumas aseguradas otorgadas por los diferentes beneficios adicionales, se llegare a completar la suma asegurada de la Cobertura Básica, la Póliza o el Certificado Individual, se cancelará automáticamente.

COBERTURAS QUE PUEDEN CONTRATARSE POR MEDIO DE CONVENIO EXPRESO Y PAGO DE PRIMA ADICIONAL**B. MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTAL**

1. La Aseguradora indemnizará a los beneficiarios la suma asegurada contratada para esta cobertura si el asegurado fallece a consecuencia de un accidente, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, siempre que la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el siniestro.
2. De conformidad a las disposiciones contenidas en esta cobertura y las de la Póliza, La Aseguradora, se compromete a pagar al Asegurado o sus Beneficiarios (en caso de Muerte Accidental):
Cuando el Asegurado falleciere a consecuencia de un accidente pagará a los beneficiarios del asegurado la suma asegurada contratada para esta cobertura, si la muerte ocurre dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.

Cuando el Asegurado sufra una de las lesiones señaladas indicados en la TABLA DE INDEMNIZACIONES, de esta cobertura, pagará al asegurado la suma que en la referida Tabla se menciona.

3. Tabla de Indemnizaciones

Los siniestros y valores de indemnización amparados por esta cobertura son los siguientes:

No.	Detalle	Valor
1	Por muerte accidental.	La suma asegurada (100%)
2	Por la pérdida de ambas manos o de ambos pies, de ambos ojos.	La suma asegurada (100%)
3	Por la pérdida de una mano y de un pie.	La suma asegurada (100%)
4	Por la pérdida de una mano o de un pie con la pérdida de un ojo.	La suma asegurada (100%)
5	Por la pérdida de una mano o de un pie.	La mitad (50%) de la suma asegurada
6	Por la pérdida de un solo ojo.	La tercera (33.33%) parte de la suma asegurada
7	Por la pérdida del dedo pulgar de la mano derecha.	La cuarta parte (25%) de la suma asegurada
8	Por la pérdida de los dedos índices, medio, anular, meñique de la mano derecha.	La cuarta parte (25%) de la suma asegurada
9	Por la pérdida del dedo pulgar de la mano izquierda.	La quinta parte (20%) de la suma asegurada
10	Por la pérdida de los dedos índices, medio, anular y meñique de la mano izquierda.	La quinta parte (20%) de la suma asegurada
11	Por la pérdida del dedo índice de la mano derecha.	La décima parte (10%) de la suma asegurada
12	Por la pérdida del dedo índice de la mano izquierda.	La doceava parte (8.33%) de la suma asegurada
13	Por la pérdida de los dedos anular y meñique de una mano.	La vigésima parte (5%) de la suma asegurada

En cuanto a las manos y/o los pies se conceptuará como pérdida indemnizable cuando su amputación sea hecha en o arriba de la muñeca o tobillo; por pérdida de los dedos se entenderá como pérdida indemnizable, la separación de dos falanges completas.

Cuando se trate de los ojos se indemnizará solamente la pérdida entera o irreversible de la visión.

Cuando el asegurado sufra más de una pérdida de las enumeradas, en forma simultánea o sucesiva, La Aseguradora pagará por cada una de ellas, pero sin que el total exceda de la suma asegurada. Cuando el asegurado es zurdo, a las pérdidas sufridas en la mano izquierda se le aplicarán las indemnizaciones correspondientes a la mano derecha, y las sufridas en la mano derecha las de la mano izquierda.

La indemnización será pagadera a los beneficiarios, en caso de muerte del asegurado o, al propio asegurado, en caso de desmembración o pérdida de la vista.

Para tener derecho a una de las indemnizaciones previstas en esta cobertura, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que la póliza y esta cobertura se encuentren vigentes a la fecha del accidente.
- b) Que el accidente ocurra antes de finalizar el aniversario de la póliza dentro del cual el Asegurado cumpla 70 años de edad. Si La Aseguradora hubiere recibido valores en efectivo por este beneficio, después de finalizar el aniversario de la póliza a que se refiere este párrafo, tal recepción se reputará indebida, y no tendrán más efecto que el de la devolución de los mismos.
- c) Que la muerte o la desmembración ocurra dentro de noventa (90) días contados a partir de la fecha del accidente.
- d) Que el accidente se comuniqué inmediatamente después, de ocurrido a las autoridades competentes del lugar y se informe por escrito a La Aseguradora dentro de un plazo máximo de cinco (5) días, contados desde la fecha del suceso.
- e) Que se presenten a satisfacción de La Aseguradora las pruebas del accidente.
- f) Queda entendido que la falta de cumplimiento de los requisitos señalados, exonera de toda responsabilidad a La Aseguradora, salvo que, en el caso del literal d), la falta de aviso tenga por causa una fuerza mayor, o en los casos que por razones ajenas o no imputables al Asegurado o a los Beneficiarios (en caso de fallecimiento), ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificados por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los datos requeridos en el plazo otorgado, o si se demuestra ante La Aseguradora la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, esta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

C. MUERTE ACCIDENTAL CALIFICADA

La Aseguradora, se compromete a pagar al (los) Beneficiario (s), una suma adicional en caso de Muerte Accidental Calificada del Asegurado, se considera de cómo tal los siguientes:

- 1) Mientras el asegurado se encuentre dentro de un elevador de pasajeros que no sea el de una mina.
- 2) Mientras el asegurado se encuentre dentro de un edificio público y que el mismo se incendie.
- 3) Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero en vehículo de transporte público, terrestre, no aéreo, propulsado mecánicamente y con ruta, tarifa e itinerario fijo establecido.

D. PAGO ANTICIPADO DE CAPITAL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Mediante el pago de una prima adicional señalada en las Condiciones Particulares de la póliza y si como consecuencia de enfermedad o accidente sufrido por El Asegurado, éste quedara con una incapacidad total permanente; El Asegurado, tendrá derecho a solicitar a La Aseguradora, el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa; beneficio que se otorgará/indemnizará bajo la modalidad de hasta doce (12) pagos iguales mensuales y consecutivos o de acuerdo a lo convenido con el Contratante y estipulado en las condiciones particulares. Dicha Cobertura se hará efectiva a partir de la fecha en que sean admitidas por La Aseguradora, las pruebas de la existencia de la Incapacidad Total Permanente.

En el momento que se haga efectiva la última mensualidad, el certificado individual se cancelará automáticamente.

En caso de que El Asegurado falleciere mientras esté recibiendo el pago de las mensualidades, le corresponderá al o los beneficiarios(s), la diferencia entre la Suma Asegurada y los montos pagados por mensualidades a la fecha del fallecimiento.

Para tener derecho a los beneficios, deben cumplirse los siguientes requisitos:

- 1) Que a la fecha de la incapacidad las coberturas de la póliza se encuentren vigentes y la incapacidad sea causada por una enfermedad que se origine después de haber transcurrido seis (6) meses contados a partir de la fecha de emisión o de la fecha de ingreso al grupo asegurado, teniendo prelación la fecha que fuere posterior. Si la incapacidad es causada por un accidente, no será necesario que haya transcurrido el plazo aquí señalado anteriormente.
- 2) Que el asegurado no haya cumplido setenta y seis (76) años de edad.
- 3) Que el asegurado o el (los) beneficiario(s), en su caso, presente(n) las pruebas de incapacidad que solicite La Aseguradora.
- 4) La Aseguradora 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 Aseguradora no haya efectuado el pago total de la suma asegurada en el tiempo dispuesto en esta póliza.

El (los) asegurado(s) tendrá(n) derecho a gozar de la cobertura de incapacidad cuando:

- 1) Si el Asegurado sufre un accidente o enfermedad que lo deje total y permanentemente incapacitado para dedicarse o realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para lo cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación y experiencia mediante la cual pueda recibir alguna remuneración o utilidad, La Aseguradora pagará la suma asegurada básica como pago anticipado de capital en rentas mensuales y se empezara a pagar después de transcurridos seis (6) meses a partir del diagnóstico de la incapacidad y que se establezca la incapacidad de manera definitiva refrendada por la Comisión de Invalidez del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y previo dictamen de la autoridad médica autorizada por La Aseguradora.

- 2) Si las condiciones físicas del asegurado(s) no hubieren evolucionado favorablemente en un período de seis (6) meses consecutivos desde el diagnóstico de la invalidez total y permanente, siempre que la misma subsista al término de dicho periodo. Este plazo debe omitirse cuando La Aseguradora acepte el dictamen médico que establezca dicha incapacidad, o, cuando se produzca la pérdida entera e irrecuperable de la visión de ambos ojos, o, la pérdida de ambas manos, o, de ambos pies, o, de una mano y un pie. Se conceptuará como pérdida de las manos, y los pies, únicamente, la amputación en o arriba de la muñeca o tobillo, respectivamente.
- 3) Mientras no se admita por La Aseguradora la incapacidad total y permanente, el seguro quedará en suspenso para el asegurado, en todos sus efectos. Queda entendido que si el asegurado muere, a consecuencia de la incapacidad, el seguro se rehabilitará y se pagarán las indemnizaciones que correspondan.
- 4) Una vez admitida por La Aseguradora la incapacidad del asegurado amparado por esta cobertura, cesarán para este todas las coberturas de la póliza, con excepción de las que se deriven de esta cobertura.

Terminación del Beneficio

- Si el asegurado recupera su capacidad para el trabajo o se negare a someterse a los exámenes médicos requeridos para probar la continuidad de la incapacidad;
- Por vencimiento o caducidad de la Póliza de la cual este Anexo forma parte;
- En el aniversario de la Póliza más próximo al sexagésimo quinto (65) cumpleaños del asegurado.

E. PAGO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

La Aseguradora pagará una suma asegurada igual a la cobertura básica, adicional, en caso de que el Asegurado haya quedado incapacitado total y permanente. La indemnización que se derive de esta cobertura se liquidará en un solo y único pago, tal y como está definido en las Condiciones Particulares de la póliza.

La indemnización con cargo a esta cobertura cancela las demás coberturas adicionales al seguro para el Asegurado indemnizado, manteniendo vigente la cobertura básica de muerte por cualquier causa.

F. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Mediante el pago de prima estipulada, La Aseguradora conviene en exonerar al asegurado del pago de primas de la Póliza que forma parte este anexo, en caso de que el Asegurado quede incapacitado total y permanentemente para el trabajo, que cumpla con todos los requisitos requeridos para la cobertura de pago de incapacidad total y permanente en caso de accidente o enfermedad; siempre que tal incapacidad le haya sido producida antes de cumplir setenta (70) años de edad, y que haya durado por lo menos seis (6) meses continuos durante la vigencia de este anexo.

G. GASTOS FÚNEBRES

Mediante convenio expreso y pago de prima adicional La Aseguradora indemnizará la suma contratada para esta cobertura por el fallecimiento del Asegurado, por la cantidad especificada en las Condiciones Particulares, una vez que La Aseguradora sea notificada formalmente mediante entrega del Certificado de Defunción. La suma máxima a otorgar por esta cobertura será del 20% de la Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa.

H. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Si las lesiones sufridas por el o los asegurados (estrictamente por causa de Accidente) requiriesen de asistencia médica, La Aseguradora reembolsará los gastos por honorarios de médicos, exámenes auxiliares de diagnóstico (radiológicos, imagenologías, laboratorios, etc.), gastos farmacéuticos, internamientos hospitalarios médicos o quirúrgicos, que fueren necesarios, dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente o, hasta agotar el total de la suma asegurada propia de esta cobertura, lo que acontezca primero; la que deberá estar obligatoriamente expuesta en las Condiciones Particulares de la póliza.

El monto a indemnizar para la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos será de un 20% máximo del Monto de la Suma Asegurada para la Cobertura Muerte Accidental.

El otorgamiento del beneficio operará bajo la modalidad de Reembolso a la persona que haya contratado el servicio y realizado el gasto, quien deberá presentar las facturas originales correspondiente al tipo de servicio por el que se realizó el gasto. Dicha persona debe ser él o uno de los beneficiarios o herederos legales del asegurado fallecido.

I. DESEMPLEO O INCAPACIDAD TEMPORAL

En el caso de que un Asegurado se quede involuntariamente desempleado o incapacitado temporalmente por enfermedad o accidente, La Aseguradora pagará al contratante/Cesionario una cantidad igual a la cuota de mensual del préstamo incluyendo la prima mensual seguro de vida y daños, de acuerdo con los términos y condiciones detallados en el Anexo I de esta póliza.

J. ASISTENCIA FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Asegurado, La Aseguradora cubrirá los servicios de Asistencia Funeraria, esta cobertura garantiza los servicios dentro del área geográfica de la República de Honduras, de acuerdo con los términos y condiciones detallados en el Anexo II de esta póliza.

K. ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En caso de fallecimiento del Asegurado, La Aseguradora cubrirá los servicios de Asistencia de Repatriación para Restos Mortales, esta cobertura garantiza los

servicios de repatriación desde cualquier país del mundo, de acuerdo con los términos y condiciones detallados en el Anexo III de esta póliza.

L. ASISTENCIA SALUD

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado, La Aseguradora cubrirá los servicios de Asistencia Salud, esta cobertura garantiza los servicios según los términos y condiciones detallados en el Anexo IV de esta póliza.

CLÁUSULA 2. EXCLUSIONES

Exclusiones Generales: quedarán excluidos de las coberturas de Riesgos señaladas en la presente póliza de seguro y libera a La Aseguradora de su responsabilidad de pago, cuando ocurra cualquiera de los eventos y/o circunstancias siguientes:

- a) 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, terrorismo, tumultos populares relacionados o no en cualquier forma con motivos políticos, huelgas, asonada, motín, golpe militar, por aplicación de leyes de emergencia, usurpación o intento de poder, sabotaje, detención por o bajo la orden de cualquier gobierno o autoridad pública o local, alteraciones del orden público y delitos en contra de la constitución política del estado. En todos estos casos se aplicará la exclusión, sea que el asegurado participe o no en tales hechos.
- b) Riesgos atómicos o nucleares.
- c) Acciones o actos delictuosos, infracciones graves a las leyes, ordenanzas y reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
- d) Cualquier siniestro relacionado con aviación privada, y deportes peligrosos incluyendo motociclismo.
- e) Actividades militares, policiales, de seguridad o de bomberos, en las que participe el (los) asegurado(s).
- f) Participación del o los asegurados como conductor(es) o pasajero(s) en automóvil o cualquier otro vehículo, en competencias o pruebas de velocidad.

Exclusiones Específicas para la Cobertura de Muerte Accidental, Desmembramiento o pérdida de la vista por accidente o enfermedad, adicionales a las exclusiones generales: La cobertura que proporciona este documento no cubre la muerte o lesiones que se deriven de un accidente resultante de o que tenga su origen en uno de los siguientes hechos:

- a) Asfixia o por haber ingerido cualquier clase de veneno o aspirado gases, voluntariamente.
- b) Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra(s) persona(s) vinculada(s) o no con El Asegurado (Incluyendo homicidio o tentativa de homicidio).
- c) Accidente que se produzca cuando el asegurado sea el conductor y esté tomado de bebidas alcohólicas, que se verifique un consumo igual o superior a los 0.07mg (miligramos) de alcohol /1000mi (mililitros) de sangre, establecidos en la Escala

Internacional Prohibitiva a que hace referencia la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, mientras se encuentre en estado de sonambulismo o bajo las influencias de drogas de cualquier tipo, a menos que se le hubieran administrado por prescripción médica.

- d) Accidente que se produzcan cuando el Asegurado sea el pasajero y tenga conocimiento que el conductor esté tomado de bebidas alcohólicas, que se verifique un consumo igual o superior a los 0.07mg (miligramos) de alcohol /1000ml (mililitros) de sangre, establecidos en la Escala Internacional Prohibitiva a que hace referencia la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, mientras se encuentre en estado de sonambulismo o bajo las influencias de drogas de cualquier tipo, a menos que se le hubieran administrado por prescripción médica.
- e) Todo siniestro relacionado con trabajo de minería y uso de explosivos.
- f) Infracción grave de leyes, reglamentos y ordenanzas.
- g) Actos notoriamente peligrosos, salvo tentativa de salvaguarda de su vida o bienes.

Exclusiones Específicas para la Cobertura de Incapacidad Total y permanente y exoneración, adicionales a las exclusiones generales.

La Aseguradora quedará exenta de toda responsabilidad, bajo la cobertura por Incapacidad Total y Permanente por Cualquier Causa, siempre que provenga de o tenga su origen, directa o indirectamente, de una de las siguientes circunstancias:

- a) Que la incapacidad sea causada por una enfermedad preexistente o que se origine antes de haber transcurrido seis (6) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza o de la fecha de ingreso al grupo asegurado, teniendo prelación la fecha que fuere anterior.
- b) Actos provocados intencionalmente por el (los) asegurado(s).
- c) Enfermedades psíquicas de cualquier naturaleza.
- d) Todo siniestro relacionado con trabajo de minería y uso de explosivos.

El o Los Asegurado(s) que se encuentre (n) gozando del beneficio de jubilación o pensión por invalidez, ya sea esta por institución público o privada.

Exclusiones Específicas para la Cobertura Reembolso de Gastos Médicos por accidente, adicionales a las exclusiones generales:

Esta póliza no ampara bajo el concepto de accidente, las lesiones que sufra el asegurado mientras:

- a) Lesiones deportivas cuando estas ocurran mientras el Asegurado las realice con calidad de profesional o federado como ser: Práctica fútbol, béisbol, esquí acuático, polo, pesca a más de cinco (5) kilómetros de la costa rodeo, rugby o boxeo, o cualquier deporte que sea federado o practicado profesionalmente.
- b) Viaje en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, sea en cualquier aeronave en vuelo no regular, tales como aviones privados y aerotaxis.

- c) Viaje como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- d) Participa como conductor o pasajero en automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia a velocidad.
- e) Maneja o viaja como pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares.
- f) Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra(s) persona(s) vinculada(s) o no con El Asegurado (Incluyendo homicidio o tentativa de homicidio).
- g) En general se excluyen todos los gastos que no sean necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado incluyendo servicios de peluquería, barbería, compra o alquiler de equipos para la comodidad personal como aire acondicionado, calefacción, deshumidificadores, humidificadores, vaporizadores, televisores, radio, equipos para hacer ejercicios y similares. Gastos de Televisión, teléfono, bolsa de ingreso al hospital, banda de identificación, accesorios higiénicos, ropa o accesorios, pañales para bebe y/o adulto, shampoo, estuches para presión arterial, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas, glucómetro, y cualquier accesorio que no sea para la recuperación de la salud.

CLÁUSULA 3. FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El contrato de seguro queda constituido por las Solicitudes de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares el Certificado de Seguro, los anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere; quedando el Contratante, el Asegurado y La Aseguradora sujetos a dichas condiciones pactadas entre las partes.

CLÁUSULA 4. DEFINICIONES

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

- 1) **Accidente:** Acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria que produce daños en las personas o en las cosas.
- 2) **Actividad Económica:** El giro o finalidad del negocio u ocupación del Asegurado.
- 3) **Anexo o Endoso:** Texto agregado a la póliza y autorizado por La Aseguradora para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones. Forma parte inseparable de las condiciones del contrato.
- 4) **Asegurado:** Persona natural cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta póliza.
- 5) **Beneficiario:** Persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.
- 6) **CNBS:** Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

- 7) **Condiciones Particulares:** Representan las condiciones específicas del riesgo anexa a esta póliza y que forma parte inseparable de ella donde se detallan los datos generales del Asegurado, sumas aseguradas, primas, vigencia de la póliza, extensiones incluidas, exclusiones, condiciones y acuerdos, tasas y otros detalles.
- 8) **Contratante:** Es la empresa, institución o persona jurídica que suscribe con La Aseguradora el contrato de seguro (Póliza).
- 9) **Deportes Extremos:** Son actividades de alto riesgo que se caracterizan por su peligrosidad intrínseca y la necesidad de una preparación física y mental intensa.
- 10) **Enfermedad Terminal:** Es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).
- 11) **Franquicia:** Es el periodo en días que estaría a cargo del asegurado después de transcurrido el periodo de carencia para la cobertura de desempleo suscrita.
- 12) **Incapacidad:** En general, carencia de aptitud legal para ejercer derechos y contraer obligaciones.
- 13) **Incapacidad Total y Permanente:** Incapacidad para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias. Existe incapacidad total y permanente, si:
1. La persona hubiese perdido el sesenta y cinco por ciento (65%) o más de su capacidad funcional para trabajar.
 2. Se encuentra imposibilitado para procurarse mediante un trabajo proporcional a sus fuerzas, su capacidad, formación profesional u ocupaciones anterior, una remuneración superior al treinta y cinco por ciento (35%) de la que habitualmente recibe en la misma actividad económica un trabajador sano del mismo género, semejante a la capacidad de trabajo y formación análoga.
- 14) **La Aseguradora:** SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A.
- 15) **La Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras.
- 16) **Muerte:** Es el fallecimiento del Asegurado por enfermedad o accidente del tomador y/o Asegurado.
- 17) **Póliza:** Documento que formaliza el contrato de seguro, en el cual se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regula las relaciones contractuales convenidas entre el Asegurado y La Aseguradora.

- 18) Riesgo:** Es la posible ocurrencia por azar de un evento que produzca una necesidad económica y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza y obliga a La Aseguradora a efectuar la prestación, normalmente indemnización que le corresponde.
- 19) Siniestro:** Es la manifestación concreta del riesgo asegurado que produce daños económicos y obliga a La Aseguradora a indemnizar al Asegurado, el capital garantizado para cada uno de los asegurados.

CLÁUSULA 5. LIMITES DE RESPONSABILIDAD

La suma asegurada, pagadera en caso de fallecimiento del Asegurado, será igual a la contratada, y será pagada a los Beneficiarios designados, conforme los registros que lleve éste y a su vez hayan sido avalados en su debido tiempo por La Aseguradora.

Cualquier documento que pueda tener referencia al seguro brindado por esta póliza, deberá ponerse a la disposición de La Aseguradora para fines de inspección en el momento que éste lo solicitare. La ocultación de dichos documentos o la renuencia de presentarlos, será motivo suficiente para que La Aseguradora pueda declinar cualquier reclamo basado en esta póliza.

CLÁUSULA 6. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Este contrato se basa en la solicitud del asegurado y sus declaraciones complementarias, por consiguiente cualquier dato inexacto u ocultado, que conocido por La Aseguradora la hubiera retraído a emitir ésta póliza o llevado a modificar sus condiciones, producirá la nulidad del contrato, cuando el Contratante y/o Asegurado haya obrado con dolo o culpa grave; salvo que La Aseguradora al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifieste al Contratante y/o Asegurado su propósito de impugnar el contrato, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento.

El Contratante y/o Asegurado tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pidan la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada La Aseguradora a pagar la indemnización.

Si el seguro concierne a varias cosas o personas el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 1137 del Código de Comercio.

Si el Contratante y/o Asegurado demuestran que procedió sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad 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 reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por La Aseguradora o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

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

- I. Si él mismo provoca la omisión o inexacta declaración;
- II. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido;
- III. Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y
- IV. Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa 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 tuvieran noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor de La Aseguradora las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero.

Además, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 1142 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.

CLÁUSULA 7. PAGO DE LA PRIMA

El Contratante y/o Asegurado, es el obligado directo, frente a La Aseguradora, a pagar el importe de las primas anticipadas correspondientes al Asegurado cuyos certificados se encuentren en vigor; sin embargo, esta puede ser pagada por semestres, trimestres o de forma mensual, siempre anticipadamente de acuerdo con la tarifa en uso por La Aseguradora a la fecha de emisión de la Póliza, y será el único responsable de las consecuencias por falta de pago.

El pago de la prima se acreditará en un recibo oficial de La Aseguradora firmado por los funcionarios de la misma y refrendado por el colector autorizado, manteniéndose en vigencia el seguro sólo durante el plazo que media entre tal pago y la fecha en que deba pagarse la siguiente prima.

Las primas deben pagarse el día de su vencimiento o antes, en las oficinas de La Aseguradora, o en cualquier otro lugar de la República, que La Aseguradora podrá designar para que reciban el pago de las primas a cambio de un recibo oficial de La Aseguradora debidamente firmado y refrendado.

En caso de siniestro, la obligación del pago de primas le corresponderá al Asegurado o serán deducidas de la indemnización.

CLÁUSULA 8. VIGENCIA

El presente Contrato, iniciará su vigencia desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares a las 12:00 p.m. horas del mediodía y continuará en vigor mientras se cumplan las condiciones establecidas en la póliza, con renovación anual.

CLÁUSULA 9. BENEFICIARIOS

Siempre que no existiere restricción legal en contrario, cualquier Asegurado podrá hacer nueva designación de beneficiario, mediante notificación escrita a La Aseguradora, notificación que debe hacerse por medio del Contratante y/o directamente en La Aseguradora.

En caso de que la notificación no se recibiere antes del fallecimiento del asegurado, La Aseguradora pagará el importe del seguro al último beneficiario de que hubiere tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para La Aseguradora.

Cuando hubiere varios beneficiarios, la parte del que muere antes que el asegurado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se hubiera estipulado otra cosa.

Cuando no exista beneficiario designado, el valor del seguro formará parte del haber hereditario del asegurado, y, por consiguiente, se pagará a sus herederos testamentarios o; en su defecto, a quienes fueren declarados sus herederos en el juicio sucesorio correspondiente. La misma regla se observará en caso de que el beneficiario y el asegurado mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el segundo y no existieran designados beneficiarios sustitutos.

Lo anterior según lo dispuesto en el Artículo 1224, 1233 al 1247 del Código de Comercio de Honduras.

CLÁUSULA 10. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante informar a La Aseguradora dentro los primeros diez (10) días hábiles de cada mes:

- a) El Contratante pagará a la Aseguradora en la fecha pactada, las primas que resulten de aplicar las tarifas mensuales por millar detalladas en las Condiciones Particulares de la póliza al monto total de las sumas aseguradas que correspondan a los certificados emitidos, vigentes y de acuerdo a la forma de pago acordada.
- b) Listado de Asegurados, incluyendo en el mismo la información general del cliente para el registro correspondiente en la base de datos de La Aseguradora, como ser nombre completo, número Documento Nacional de Identificación, fecha de nacimiento, suma asegurada, dirección o domicilio, correo electrónico, número de teléfono fijo y móvil.
- c) Los Asegurados que posteriormente a la celebración de este Contrato reúnan las condiciones de admisión, quedarán asegurados a partir del día en que se cumplan las Condiciones dadas anteriormente y por la suma que corresponda para tales efectos.
- d) Se obliga a enviar las solicitudes correspondientes a los nuevos ingresos a la póliza y a realizar la entrega del certificado correspondiente al Asegurado.
- e) Informará las bajas o cancelaciones que se le requieran por parte de los asegurados en sus oficinas a La Aseguradora, quien procederá a la cancelación y devolución de primas a prorrata

temporis en caso de que aplique. Así mismo, las modificaciones de suma asegurada y/o beneficiario y las solicitudes formales de los mismos.

- f) Enviar con la solicitud de renovación una lista actualizada de los miembros a asegurarse detallando nombres y apellidos, número identificación, fecha de nacimiento y Suma Asegurada solicitada.
- g) Informar a La Aseguradora por cualquier medio escrito o electrónico con acuse o comprobación de recibo, de cualquier cambio en los datos de contacto que inicialmente declaró en la solicitud del seguro.

CLÁUSULA 11. PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Se establece como prohibiciones para el Contratante las siguientes

- a) Presentar información falsa de los Asegurados a La Aseguradora.
- b) Efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por La Aseguradora.
- c) No pagar en su debido momento a La Aseguradora, la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.
- d) Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de La Aseguradora y que pertenecen al Asegurado o a sus Beneficiarios.

CLÁUSULA 12. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a La Aseguradora 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, a efecto de que ésta fije la sobre prima que pueda resultar en caso de aceptación del riesgo agravado. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Aseguradora en lo sucesivo, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado.

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 Aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

CLÁUSULA 13. AVISO DEL SINIESTRO

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Contratante y/o beneficiario(s), deben dar aviso por escrito a La Aseguradora inmediatamente de haberse producido cualquiera de los riesgos amparados, indicando la fecha, hora y circunstancias que los hayan producido, para lo cual

gozarán de un plazo máximo de cinco (5) días hábiles calendario para dicho aviso (Art.No.1146 Código de Comercio). 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.

El o los beneficiarios deberán comprobar el reclamo, utilizando los formularios que para tal objeto les pueda proporcionar La Aseguradora y de acuerdo con las instrucciones en ellos contenidas. Así mismo, éstos estarán obligados a presentar a La Aseguradora, cualquier otro documento que se les requiera con el objeto de comprobar el reclamo.

Requisitos Mínimos para Acceder al pago de la Indemnización

El Contratante y/o beneficiario (s) según sea el caso, proporcionarán los siguientes documentos:

Para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa

- a) Notificación del Contratante y/o beneficiario (s) reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por La Aseguradora llenado y firmado.
- c) Certificado de Defunción.
- d) Certificación de Nacimiento o Documento Nacional de Identificación del Asegurado y beneficiarios. En caso de que él o los Beneficiarios sean menores de edad; Certificación de nacimiento del menor o los menores y Documento Nacional de Identificación de los tutores legales.
- e) Declaración del médico que asistió en su enfermedad o accidente.
- f) Si fue atendido en un hospital o clínica al momento de su fallecimiento presentar Constancia Original firmada y sellada por el Director de la institución, especificando Diagnostico fecha de ingreso y fecha de muerte.
- g) Copia del Certificado solicitud del fallecido.
- h) Certificado de la Autoridad que estuvo presente, en caso de que la muerte fuera accidental, Homicidio o Suicidio.
- i) Certificación médica del último médico tratante u hospital.
- j) En caso de gozar de Seguro Social, presentar el dictamen de la Junta de invalidez.

En caso de muerte accidental, homicidio o suicidio, además de los requisitos antes mencionados deberán presentar:

- k) Certificación de la inspección de Trabajo, en caso de que el accidente ocurra en horas laborales.
- l) Certificado de la Autopsia original.
- m) Certificado del levantamiento del cadáver original.
- n) Constancia original de la D.G.I.C.
- o) Recortes de periódicos (si los hay)
- p) Informe original de parte de tránsito en caso de que sea Accidente vehicular.

En caso de enfermedad terminal se deberá presentar historial clínico completo y resultado de estudios realizados.

Certificación médica del último médico tratante u hospital en el caso de Invalidez Total y Permanente.

Cualquier otro documento que requiera La Aseguradora para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro y/o según los documentos e información convenidos.

Para las coberturas que aplica reembolso, tener presente que, en cumplimiento a las leyes tributarias del país, todo gasto que implique reembolso debe ser presentado con facturas que sean emitidas con la Clave de Autorización de Impresión (CAI). Se aceptarán los costos razonables y acostumbrados.

En los casos que por razones ajenas o no imputables al Asegurado 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 en esta Cláusula, o si se demuestra ante La Aseguradora la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

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

CLÁUSULA 14. TERMINACIÓN ANTICIPADA

Todas las coberturas amparadas por la presente Póliza y sus anexos se darán por terminadas por las siguientes causas:

- a. Cuando el grupo asegurado llegue a representar menos de cinco (5) asegurados.
- b. La cobertura de la póliza terminará anticipadamente respecto a un Asegurado, en el instante que deje de pertenecer, formar parte o tener el vínculo con La Aseguradora.
- c. Al cumplimiento de la terminación de la vigencia del contrato, sin que haya sido renovado de conformidad con lo estipulado en la Cláusula No.15. Renovación.
- d. Por el pago de indemnización de la suma asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- e. Cuando el Asegurado solicite por escrito la cancelación de la Póliza de Seguro.
- f. No obstante, el plazo de vigencia de esta póliza, las partes convienen en que ésta podrá darse por terminada en cualquier momento mediante aviso por cualquier medio escrito o electrónico con acuse o comprobación de recibo, dirigido a la contraparte. En caso que La Aseguradora cancele la póliza, ésta no podrá hacerse efectiva antes de transcurridos quince (15) días después de recibida la comunicación por El Contratante o El Asegurado, salvo en el caso de cancelación por falta de pago de la prima.
- g. Cuando el contratante requiera la terminación anticipada a la vigencia, se realizará la devolución de prima a prorrata témporis.
- h. El Asegurado queda facultado para rescindir este Contrato de seguro en Cualquier momento y la prima no devengada que deberá devolverse a éste, se calculará de acuerdo con la siguiente tarifa de corto plazo, según el número de meses que la póliza estuvo en vigor considerándose como un mes completo cualquier fracción de mes transcurrido.

TARIFA DE CORTO PLAZO			
No. De Meses	% Prima Anual	Prima Mínima	
2 meses	40%	L.	200.00
3 meses	50%	L.	250.00
4 meses	60%	L.	300.00
5 meses	70%	L.	350.00
6 meses	75%	L.	400.00
Más de 6 meses	100%	L.	600.00

CLÁUSULA 15. RENOVACIÓN

Esta póliza es de vigencia anual y la prima vencerá el día que se indica en las Condiciones Particulares a las 12:00 horas del mediodía, podrá ser renovada por otro período igual y bajo las mismas condiciones o aquellas que establezca La Aseguradora, siempre que el Contratante y/o Asegurado lo solicite por escrito y pague la prima correspondiente, pero La Aseguradora se reserva el derecho de renovar ésta póliza al final de cada vencimiento, sin quedar obligada a manifestar el motivo de su resolución.

La renovación se hará mientras el grupo asegurado se encuentre integrado por un mínimo de cinco (5) personas.

CLÁUSULA 16. 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 anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Aseguradora 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

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

CLÁUSULA 17. CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguro y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrá ser resueltos, a opción de las partes, por la vía de 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.

CLÁUSULA 18. COMUNICACIONES

Las notificaciones que se hagan al Contratante y/o Asegurado surtirán efecto siempre que se hagan en el último domicilio que el propio Asegurado haya hecho saber a La Aseguradora. Las declaraciones o notificaciones relacionadas con el presente contrato deberán hacerse a La Aseguradora, por escrito o en texto impreso, precisamente en su dirección o en la de sus sucursales la cual se señala en este contrato.

En el caso de que el contrato haya sido celebrado a través de un agente autorizado por La Aseguradora, regirá lo establecido por el artículo 1113 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 19. TERRITORIALIDAD

Esta póliza no tiene limitación de cobertura territorial al momento de la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA 20. SUICIDIO

En caso de suicidio en cualquier estado mental ya sea en estado de cordura o de demencia, La Aseguradora 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.

CLÁUSULA 21. EDAD

Cobertura	Edad Ingreso (Ambas edades incluidas)	Cancelación (Edad cumplida)
Muerte por Cualquier Causa	15 a 76 años	77 años
Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista Accidental	15 a 71 años	76 años
Muerte Accidental Calificada	15 a 71 años	76 años
Pago Anticipado de capital asegurado por Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.	15 a 69 años	70 años
Pago Adicional por Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente	15 a 69 años	70 años
Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente	15 a 69 años	70 años
Gastos Fúnebres	15 a 76 años	77 años
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	15 a 71 años	76 años

La edad a que se hace referencia en la presente póliza es la que el Asegurado haya cumplido o cumpla en la fecha de cumpleaños más próxima a la fecha de inicio de vigencia de este contrato o de la última renovación, si ya ha sido renovado.

La edad del Asegurado se ha calculado según la fecha de nacimiento declarada en la solicitud y declaración y certificado individual, la cual debe ser igual a la indicada en el documento de identidad legítimo del Asegurado y esta deberá ser verificada únicamente en el transcurso de

vigencia de la Póliza, no en el momento de la reclamación. Si la edad no fuere correcta, La Aseguradora a su opción, ajustará la prima a pagar sobre esta Póliza de acuerdo con la edad verdadera, aplicándose las siguientes normas:

- Si la edad verdadera del Asegurado se encuentra fuera de los límites, el contrato quedará automáticamente rescindido y la obligación de La Aseguradora será la devolución del 100% de la prima desde el inicio de vigencia.
- Si la edad verdadera es mayor a la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación con la prima anual percibida por La Aseguradora. Si la edad verdadera es menor que la declarada, la obligación de La Aseguradora será la devolución de la proporción de la prima pagada de más por parte del Asegurado, sin alterar la suma asegurada que fue contratada inicialmente.
- Si se descubriere que un asegurado ha declarado una edad diferente a la que legalmente corresponda, y ésta se encuentre dentro de los límites de admisión estipulados anteriormente, el seguro continuará en vigor por la misma suma asegurada y La Aseguradora restituirá al Contratante o éste a La Aseguradora la prima que corresponda conforme el ajuste de primas que se efectúe, desde el inicio de vigencia.
- El mismo criterio, anteriormente establecido, será aplicado a los asegurados que en la renovación sobrepasen los límites de edad establecidos.

Si la edad del asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por La 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 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 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 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 22. PERÍODO DE GRACIA

La Aseguradora establece el plazo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima, dentro del cual se extiende la cobertura aún y cuando se encuentre pendiente el pago de prima correspondiente, la cual se deducirá del Beneficio a entregar en caso de que ocurriera el siniestro.

Si al concluir el periodo de gracia, la prima no ha sido pagada, la presente Póliza y en consecuencia sus certificados individuales expirarán.

La Aseguradora no tendrá acción para exigir el pago de las primas, salvo el derecho de una indemnización por la falta de pago de la prima correspondiente al primer año, que no excederá del quince por ciento (15%) de la prima anual estipulada en el contrato.

Se aplicará todo lo establecido en los artículos 1249 y 1250 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 23. DEDUCIBLE Y COASEGUROS

Los deducibles y coaseguros que son aplicables a esta Póliza, están mencionados en las Condiciones Particulares, al riesgo cubierto que aplique. El Asegurado no podrá asegurar estos deducibles, los que serán a su cargo y se restarán de cualquier indemnización.

CLÁUSULA 24. 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 Contratante 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 Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

CLÁUSULA 25. INDISPUTABILIDAD

Este contrato se basa en la solicitud del Asegurado y sus declaraciones complementarias, por consiguiente cualquier dato inexacto u ocultado, que conocido por La Aseguradora la hubiera retraído a emitir ésta póliza o llevado a modificar sus condiciones, producirá la nulidad del contrato, cuando el Contratante haya obrado con dolo o culpa grave; salvo que La Aseguradora al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifieste al Contratante su propósito de impugnar el contrato, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento.

Si el Contratante demuestra que procedió sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad 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 reticencia.

No obstante, esta Póliza será indisputable desde su emisión, a no ser por motivos derivados de falsas declaraciones que modifiquen esencialmente el riesgo.

CLÁUSULA 26. VALORES GARANTIZADOS

Esta póliza no aplica valores garantizados.

CLÁUSULA 27. PERÍODO DE CARENCIA Y/O ESPERA

La Aseguradora establece un período de carencia y/o espera entre 6 a 12 meses por padecimientos pre existentes conocidos y desconocidos, contados a partir de la fecha de alta del asegurado en la póliza. La Aseguradora no quedará obligada a pagar la suma asegurada contratada bajo este seguro para las coberturas indicadas en las condiciones particulares, la responsabilidad de La Aseguradora se limitará a la devolución de las primas pagadas por el Contratante para esa persona y en caso de no estar especificadas se aplicarán según como se describe a continuación:

Cobertura	Periodo de Carencia y/o Espera
Muerte por enfermedad preexistente	Entre 6 a 12 meses
Pago Anticipado de capital asegurado por Incapacidad Total y Permanente por enfermedad preexistente	Entre 6 a 12 meses
Pago Adicional por Incapacidad Total y Permanente por enfermedad preexistente	Entre 6 a 12 meses

CLÁUSULA 28. MODIFICACIONES

Ninguna modificación a esta póliza será válida si no está autorizada por la firma de los funcionarios de La Aseguradora, previo convenio con el Contratante. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona de La Aseguradora 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 Generales tan solo podrán ser modificadas en sentido favorable al Asegurado, previa autorización de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

El Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas modificaciones de las Condiciones Generales; pero si éstas traen como consecuencia para La Aseguradora prestaciones más elevadas, el Asegurado estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda en prima.

CLÁUSULA 29. MONEDA

El producto se comercializará en Lempiras (Moneda oficial de la República de Honduras) y en Dólares Estadounidenses (Moneda oficial de Estados Unidos de Norte América), por lo tanto las primas o cualquier dinero que ingrese a la Póliza por parte del cliente y siniestros que La Aseguradora tenga que indemnizar, deberán ser cursados en la moneda en que fue suscrita la

Póliza; en caso la Póliza se haya suscrito en Dólares Estadounidenses, las transacciones pertinentes podrán ser negociadas en su equivalente en Lempiras (Moneda oficial de la República de Honduras) al tipo de cambio oficial, dictado por el Banco Central de Honduras, a la fecha de la Indemnización.

CLÁUSULA 30. CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Aseguradora emitirá un certificado de seguro para cada Asegurado, en el que se harán constar la información y datos relativos al seguro y, además, contendrá aquellas condiciones/cláusulas de la póliza que tengan relación con El Asegurado.

Los Certificados serán entregados al o los Asegurado(s) por intermedio del Contratante.

El o los Asegurado(s), por medio del Contratante podrán solicitar a La Aseguradora por correo certificado y con acuse de recibo, la anotación en los respectivos certificados de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos.

CLÁUSULA 31. REGLA PARA DETERMINACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Para determinar la suma asegurada de cada miembro, se aplicará la regla que se indique en las Condiciones Particulares.

La regla podrá ser:

1. Suma fija o por rangos predefinidos por el Contratante.
2. Tantas veces el salario del colaborador asegurado.

CLÁUSULA 32. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

El presente seguro podrá ser contratado bajo las modalidades que a continuación se mencionaran y, la modalidad seleccionada por el Contratante y/o Asegurado, deberá obligatoriamente estar expuesta en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual entregadas al Contratante y/o al Asegurado según corresponda.

Las modalidades se refieren a diferentes características de contratación y por ende de suscripción de una póliza de seguro de vida colectivo; bajo cualquier modalidad, la póliza deberá ser seleccionada y contratada por el representante legal de una entidad legalmente constituida; en nombre de los colaboradores o asociados o afiliados o miembros.

El Contratante podrá seleccionar entre las alternativas siguientes:

- a) **Directa**: Cuando el Asegurado paga el 100% de la prima, se deben incluir en la póliza no menos del 50% de los trabajadores.
- b) **Contributiva**: Cuando el Asegurado participa con monto fijo o porcentual en el pago de la prima y se deben incluir en la póliza no menos del 75% de los trabajadores.
- c) **No Contributiva**: Cuando la prima es pagada en su totalidad por el Contratante y se deben incluir en la póliza el 100% de los trabajadores.

CLÁUSULA 33. 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 Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra 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 Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA 34. 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.