

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL MÁXIMA PROTECCIÓN
(MAX PRO INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA

El Programa de Coberturas descrito en la presente póliza de seguros, está constituido por la Cobertura Básica por Fallecimiento Accidental y las Coberturas Adicionales que opcionalmente puede contratar el Asegurado. En general el Producto cubrirá los siguientes riesgos:

1.1 COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL:

Es la cantidad que será pagada por La Compañía en caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto. Existen dos tipos de Cobertura Básica mutuamente excluyentes. La Cobertura Básica elegida por el Contratante aparece especificada en el Programa de Coberturas de la Carátula de la Póliza, mismas que se muestran a continuación:

a) Muerte Accidental: En caso de Muerte del Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto, La Compañía pagará a los beneficiarios designados e inscritos en la póliza, la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza.

b) Muerte Accidental Calificada: En caso de Muerte del Asegurado a consecuencia de un accidente ocurrido mientras el Asegurado se encuentre en los lugares o vehículos que a continuación se describen, La Compañía pagará a los beneficiarios designados e inscritos en la póliza, la indemnización correspondiente de acuerdo con la siguiente escala, tomando como base la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza:

- 1. Mientras el Asegurado viaje como pasajero, pagando pasaje en un vehículo de transporte no aéreo, de línea comercial interurbana debidamente autorizada con itinerario regular, entendiéndose como tal, todo aquél que sea realizado por una Empresa autorizada, en forma profesional y sistemática, independientemente de los**

- lugares en que haya conexión; pero no al momento de ascender o descender del mismo o a Consecuencia de ello300%
2. Cuando el Asegurado se encuentre en el interior de un ascensor de uso público, viajando como pasajero300%
 3. A consecuencia de incendio de un teatro, hotel o Edificio de uso Público, cuando el Asegurado se encuentre en el interior del mismo al inicio de la conflagración y siempre que no sea el lugar de su trabajo300%
 4. Cuando el Asegurado viaje como ocupante de un automóvil particular o como pasajero en un taxi o autobús de línea comercial urbana debidamente autorizada200%
 5. Cualquier otro accidente cubierto, distinto a los detallados en los numerales anteriores.....100%

Las indemnizaciones a que se refiere esta Cobertura Básica por Fallecimiento Accidental, sólo procederán si las consecuencias del accidente se manifestaren dentro de trescientos sesenta (365) días, contados a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

1.2 COBERTURAS ADICIONALES:

A continuación, se describen todas las Coberturas Adicionales que es posible agregar a la Cobertura Básica por Fallecimiento Accidental, pero solamente tendrán efectividad las que aparecen identificadas en el Programa de Coberturas de la Carátula de la Póliza, para las cuales se haya efectuado el pago del Costo de Protección correspondiente.

- a. Desmembración, Pérdida de la Vista o Pérdida de la Audición por causa Accidental
 - b. Incapacidad Permanente por Accidente
 - c. Incapacidad Temporal por Accidente
 - d. Gastos Médicos por Accidente
 - e. Renta diaria por Hospitalización por Accidente
 - f. Renta por Hospitalización por Enfermedad o Accidente
 - g. Últimos Gastos por Accidente
 - h. Últimos Gastos por Enfermedad o accidente
- a) **DESMEMBRACIÓN, PERDIDA DE LA VISTA O PERDIDA DE LA AUDICIÓN POR CAUSA ACCIDENTAL:** En caso de que el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto sufiere una Invalidez Total y Permanente o alguna de las pérdidas indicadas en la Tabla de Indemnizaciones que aparece a continuación, La Compañía pagará al propio Asegurado o Contratante del seguro en su caso, el porcentaje indicado tomando como base la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza:

DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

Se considerará **INVALIDEZ TOTAL** cuando el Asegurado esté incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo u ocupación que le genere utilidad o remuneración; y se considerará como **PERMANENTE** cuando no pueda esperarse la recuperación de la capacidad del Asegurado para el resto de su vida.

Se considerará específicamente como **Invalidez Total Permanente**:

- a. La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos;
- b. La pérdida total de ambas manos;
- c. La pérdida total de ambos pies;
- d. La pérdida total de una mano y un pie conjuntamente; o
- e. La pérdida total de una mano o un pie y la vista de un ojo;

ESCALA DE INDEMNIZACIONES POR MUERTE O PERDIDAS ORGÁNICAS A CONSECUENCIAS DE ACCIDENTE	
Por la Pérdida de:	% de la Suma Asegurada de Muerte accidental
La vida del Asegurado.	100
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos.	100
Una mano y un pie.	100
Una mano o un pie y la vista de un ojo.	100
Una mano o un pie.	50
La vista de un ojo.	50
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos.	30
La audición de ambos oídos.	25
El dedo pulgar de la mano derecha.	25
El dedo pulgar de la mano izquierda.	20
El dedo índice de la mano derecha.	10
El dedo índice de la mano izquierda.	8
El dedo medio, anular o meñique de la mano derecha, c/u.	5
El dedo medio, anular o meñique de la mano izquierda, c/u.	4

DEFINICIÓN DE PÉRDIDA:

Por pérdida se entenderá:

De una mano: su separación a nivel de la articulación de la muñeca o arriba de ella.

De un pie: su separación de la articulación del tobillo o arriba de ella.

De los dedos: la separación de dos falanges completas, cuando menos.

De la vista de un ojo: la pérdida completa, definitiva e irreparable de la visión de dicho ojo.

De la audición de los oídos: la pérdida completa, definitiva e irreparable de la audición de ambos oídos.

COMBINACIÓN DE PÉRDIDAS: La responsabilidad de La Compañía de Seguros en ningún caso excederá del 100% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriera en uno o más eventos varias de las pérdidas especificadas.

LESIONES CUBIERTAS: Únicamente las lesiones accidentales arriba indicadas darán lugar al pago de indemnizaciones.

ZURDOS: En caso de constar en la oferta que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

Esta cobertura y la de Incapacidad Permanente por Accidente son mutuamente excluyentes, por lo que el Asegurado sólo puede suscribir una de ellas.

b) INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE: En caso de que el Asegurado a consecuencia de un accidente sufiere una incapacidad permanente de las establecidas en la Tabla de Indemnizaciones que aparece a continuación, La Compañía pagará al propio Asegurado o Contratante en su caso, el porcentaje indicado tomando como base la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza:

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE

A) INCAPACIDAD TOTAL		
TIPO DE LESIÓN	Única	
Estado absoluto e irreversible de Invalidez Total y Permanente que no permitiera al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%	
B) INCAPACIDAD PARCIAL		
I Cabeza		
Sordera total e incurable de los dos oídos	50%	
Ablación de la mandíbula inferior	50%	
Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular normal	40%	
Sordera total e incurable de un oído	15%	
II Miembros superiores		
	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15%	12%
Pérdida total del dedo pulgar	18%	14%
Pérdida total del dedo índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del dedo anular o del meñique	8%	6%
III Miembros Inferiores		
	Única	
Pérdida total de una pierna	55%	
Pérdida total de un pie	40%	
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%	
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%	
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%	
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%	
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%	
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%	
	15%	
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%	
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos cinco centímetros	15%	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos tres centímetros	8%	
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8%	
Pérdida total de otro dedo del pie	4%	

DEFINICIÓN DE PÉRDIDAS:

Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado; tal como se menciona en la Cobertura de Desmembración, Pérdida de la Vista o Pérdida de la Audición por causa Accidental.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de

la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratara del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratara de otros dedos.

COMBINACIÓN DE INCAPACIDADES: Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la Suma Asegurada para esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegare al 80%, se considerará incapacidad total y La Compañía pagará el 100% de la Suma Asegurada.

Es entendido que, si el Asegurado tuviere varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, cada indemnización que efectúe La Compañía significará una disminución de la Suma Asegurada, de modo que las indemnizaciones en conjunto, no podrán exceder del 100% de la Suma Asegurada de esta Cobertura.

LESIONES NO PREVISTAS: La indemnización por lesiones accidentales no contempladas en la Tabla anterior y que constituyeran una incapacidad permanente, será fijado en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del Asegurado.

ZURDOS: En caso de constar en la oferta que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijado por la pérdida de los miembros superiores.

Esta Cobertura y la de Desmembración, Pérdida de la Vista o Pérdida de la Audición por causa Accidental son mutuamente excluyentes, por lo que el Asegurado sólo puede suscribir una de ellas.

c) INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE: En caso de que el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto sufiere una incapacidad para desempeñar su ocupación por algún tiempo, La Compañía pagará al propio Asegurado o Contratante en su caso, la renta diaria convenida durante el tiempo que dure la incapacidad y hasta un máximo de trescientos sesenta (360) días. El pago de la renta será efectivo a partir del día consignado en la Carátula de la Póliza y para su cómputo no se tomará en cuenta el día de ocurrencia del accidente.

Si el Asegurado sufiere varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la póliza, las indemnizaciones previstas en esta cobertura, se liquidarán en forma completamente independiente para cada accidente.

d) GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE: La compañía pagará los gastos médicos y de Hospitalización elegibles, incurridos por concepto de honorarios médico-quirúrgicos, medicinas, gastos de hospital y exámenes para diagnósticos o tratamientos y otros necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, una vez aplicado el deducible, si lo hubiere, en los que haya incurrido el Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por esta póliza, hasta la suma establecida para esta Cobertura en la Carátula de la Póliza.

Queda convenido que esta Suma no se aplicará por cada accidente separado, y que las indemnizaciones que se pagaren se irán acumulando, hasta llegar a la suma total asegurada bajo este riesgo, en cuyo caso podrá restablecerse mediante el pago de la prima correspondiente, calculada a prorrata, por el período que faltare para el vencimiento de la póliza.

e) RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE: En caso de que el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto tuviere que ser ingresado a un hospital legalmente autorizado para brindar servicios hospitalarios, por un período no menor de veinticuatro (24) horas consecutivas, La Compañía pagará al Asegurado o Contratante en su caso, el Beneficio diario indicado en la Carátula de la Póliza, por un período no mayor de sesenta (60) días por evento, previa constancia de la hospitalización. Este Beneficio se duplica cuando en la hospitalización se requiera el uso de la Unidad de Cuidados Intensivos, por los días de permanencia en dicha unidad.

Los familiares del Asegurado accidentado deberán hacer llegar a la Compañía, dentro del plazo del aviso, un certificado médico expresando la causa y la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico. Posteriormente, según el caso, se remitirá a la Compañía dentro de los quince (15) días, posteriores al aviso, certificación médica que informe sobre la evolución de las lesiones y actualice el pronóstico de curación; pudiendo la Compañía solicitar, a su costa, certificaciones médicas subsiguientes que hagan constar la continuidad de la incapacidad del Asegurado. La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al accidentado por un médico de su confianza. Estos plazos podrán ampliarse siempre que a la Compañía se le demostrare la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS:

Si la hospitalización del Asegurado se efectúa mientras esta Póliza se encuentre en vigor y está relacionada con una hospitalización anterior por la cual se le pagó la Renta Diaria por Hospitalización convenida, estará cubierta siempre y cuando ocurra dentro de un período máximo de cuarenta y cinco (45) días entre una y otra y el total de Rentas Diarias

pagadas no excede de sesenta (60) días.

f) RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE: En caso de que el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto o enfermedad ocurrida durante el período de vigencia de esta Cobertura, tuviere que ser ingresado a un hospital legalmente autorizado para brindar servicios hospitalarios, por un período no menor de veinticuatro (24) horas consecutivas, La Compañía pagará al Asegurado el Beneficio indicado en la Carátula de la Póliza, por un período no mayor de sesenta (60) días por evento, previa constancia de la hospitalización. Este Beneficio se duplica cuando en la hospitalización se requiera el uso de la Unidad de Cuidados Intensivos, por los días de permanencia en dicha unidad.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS:

Si la hospitalización del Asegurado se efectúa mientras esta Póliza se encuentre en vigor y está relacionada con una hospitalización anterior por la cual se le pagó la Renta Diaria por Hospitalización convenida, estará cubierta siempre y cuando ocurra dentro de un período máximo de cuarenta y cinco (45) días entre una y otra y el total de Rentas Diarias pagadas no exceda de sesenta (60) días.

g) ÚLTIMOS GASTOS POR ACCIDENTE: En caso de Muerte del Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto, La Compañía reembolsará los Gastos Fúnebres a sus Beneficiarios hasta por la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de la Póliza. En caso de que los gastos incurridos y demostrados objetivamente fueren inferiores a dicha Suma Asegurada, el excedente se entregará a los Beneficiarios designados.

h) ÚLTIMOS GASTOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE: En caso de muerte del Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto o enfermedad ocurrida durante el período de vigencia de esta Cobertura, La Compañía reembolsará los Gastos Fúnebres a sus Beneficiarios hasta por la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de la Póliza. En caso de que los gastos incurridos y demostrados objetivamente fueren inferiores a dicha Suma Asegurada, el excedente se entregará a los Beneficiarios designados.

Esta cobertura y la de Últimos Gastos por Accidente son mutuamente excluyentes, por lo que el asegurado sólo puede suscribir una de ellas.

Las indemnizaciones a que se refieren estas Coberturas Adicionales, sólo procederán si las consecuencias del accidente se manifestaren dentro de trescientos sesenta y cinco días (365), contados a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES

2.1 Este seguro no cubre ninguna indemnización si la lesión o muerte del Asegurado se deben a:

- a) Enfermedades, padecimientos mentales, operaciones quirúrgicas, aborto o cualquier complicación relacionada con el mismo, cualquier clase de hernias tratamiento médico de cualquier naturaleza que no sean originados por un accidente cubierto; para el caso de enfermedades siempre y cuando no tenga contratadas las coberturas de Renta por Hospitalización por Enfermedad o Accidente y Últimos Gastos por Enfermedad o Accidente, cuyas exclusiones se rigen por las condiciones propias de estas coberturas;**
- b) Suicidio o su tentativa, así como lesiones provocadas por el propio Asegurado, consciente o inconscientemente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;**
- c) Los accidentes provocados por infracciones graves de las Leyes y decretos relativos a la seguridad de las personas, así como por actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional;**
- d) Actos de guerra, rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones;**
- e) Homicidio o tentativa de homicidio, si resulta de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales;**
- f) Asesinato o tentativa de asesinato;**
- g) Riña, en la que el Asegurado haya sido el provocador;**
- h) Actos delictivos intencionales cometidos por el propio Asegurado**
- i) Carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en cualquier clase de vehículo, en que participe directamente el Asegurado;**
- j) Actividades de buceo, alpinismo, rodeo o charrería, esquí, tauromaquia, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo;**
- k) Radiaciones ionizantes, nucleares o las lesiones producidas por la acción de los Rayos-X, el radium y sus componentes;**
- l) Ninguna lesión, inhabilitación, desmembramiento, muerte o daño que se produzcan en estado de embriaguez, siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, a menos que éstas sean bajo prescripción médica; y,**
- m) Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.**

2.2 EXCLUSION RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

Esta Renta no se pagará si la hospitalización es a consecuencia o derivada de:

- a. Estado de gestación, embarazo, alumbramiento, aborto o complicaciones surgidas a causa de lo mismo; a no ser que el aborto o complicación sea consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza;**
- b. Exámenes físicos o de rutina o cualesquier otros, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorios o exámenes de rayos x; excepto en el curso de una incapacidad establecida por atención de un médico;**
- c. Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente;**
- d. Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación a las mismas;**
- e. Cualquier desorden mental o nervioso o curas de descanso;**
- f. Tratamientos para el Alcoholismo; Accidentes por la influencia de bebidas alcohólicas, siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas generadas por las autoridades competentes, médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual; Accidentes provocados por el uso de narcóticos o estupefacientes, a menos que éstos sean bajo prescripción médica; y los tratamientos para reducir el uso de narcóticos o estupefacientes.**
- g. Pérdida ocasionada por guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, poder militar o usurpado y servicio en las Fuerzas Armadas o en la Policía;**
- h. Procesos médicos relacionados con el virus HIV o SIDA. Para propósitos de esta cláusula el término “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida HIV o SIDA” tendrá las definiciones asignadas por la Organización Mundial de la Salud;**
- i. Procesos quirúrgicos programados con anterioridad a la vigencia de la Cobertura individual del seguro o reclusión hospitalaria resultante de Enfermedades o lesiones corporales preexistentes al momento de suscribir la póliza, si la hospitalización ocurre durante los primeros dos (2) años de vigencia de la cobertura individual del seguro.**

Esta Cobertura y la de Renta por Hospitalización por Accidente son mutuamente excluyentes, por lo que el Asegurado sólo puede suscribir una de ellas.

CLÁUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El presente contrato de seguro queda constituido por la solicitud firmada por el Asegurado formulada a la Compañía, por las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente Póliza y por los endosos adheridos a la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA No. 4 DEFINICIONES

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

- 1. ACCIDENTE:** - Para los efectos de este Contrato, se entenderá por accidente, aquel que produzca al Asegurado una lesión corporal o la muerte, debido a la acción directa o violenta por causas externas, imprevistas y ajenas a la Voluntad del Asegurado y de cuya lesión exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo; excepto, en el caso de ahogamiento o de lesión interna revelada por autopsia, que no se requerirá tal evidencia.

Por extensión y aclaración se asimilan a la noción de accidente:

- a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases;
- b) La asfixia por inmersión u obstrucción;
- c) La electrocución;
- d) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado, siempre que no hayan sido suministrados intencionalmente.
- e) El carbunco o tétanos de origen traumático;
- f) La intoxicación o infecciones microbianas, siempre que el germen Infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa causada por un accidente cubierto;
- g) Los accidentes que sobrevengan en caso de legítima defensa, en las tentativas de salvamento de personas o de bienes, durante la prestación de servicio militar en tiempo de paz, y los producidos por el Rayo, el Asalto, Homicidio o tentativa de Homicidio; salvo que resulte de la participación del Asegurado en actos delictivos intencionales.
- h) La rabia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de animales o insectos.

- 2. ASEGURADO:** La o las personas que están cubiertas por los beneficios proporcionados por esta Póliza.

- 3. BENEFICIO:** Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado, en caso de ser procedente el siniestro de acuerdo a lo estipulado en el presente contrato.

- 4. CONTRATO:** El presente contrato de seguro queda constituido por la solicitud firmada

por el Asegurado formulada a la Compañía, por las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente Póliza y por los endosos adheridos a la misma, si los hubiere.

5. **CONTRATANTE:** Es el dueño de la Póliza y puede ejercer durante la vida del Asegurado, cualquier derecho, privilegio u opción contenido en esta Póliza. Cuando el Contratante del Seguro y el Asegurado son la misma persona, todos los derechos, privilegios u opciones se reunirán en la persona del Asegurado. Cualquier cambio de Contratante deberá ser solicitado por escrito y sólo será efectivo cuando sea aprobado y registrado por La Compañía.
6. **ENFERMEDAD:** El estado anormal del organismo del asegurado, entendido como una desviación de los procesos biológicos en que se materializa la vida, del plano normal en que se desenvuelven.
7. **HOSPITAL:** Es un establecimiento que cumpla con todos los siguientes requisitos: (1) Tenga licencia de hospital; (2) Opere principalmente para la recepción, cuidado y tratamiento de personas enfermas, achacosas, traumatizadas o heridas como pacientes internos; (3) Proporcione servicios de enfermería 24 Horas al día por enfermeras registradas o graduadas; (4) Cuento con un personal de dos o más médicos disponibles en todo momento; (5) Tenga instalaciones organizadas para el diagnóstico y las principales intervenciones quirúrgicas; (6) No sea principalmente una clínica, asilo, lugar de descanso o para convalecientes u otro establecimiento similar y no sea, salvo incidentalmente, un lugar para alcoholicos, o drogadictos; (7) Mantenga equipo de rayos-X e instalaciones de quirófano.
8. **HOSPITALIZACIÓN:** La internación del asegurado en un establecimiento hospitalario con motivo de una enfermedad o accidente de éste, previa prescripción médica.
9. **INDEMNIZACIÓN DIARIA:** El monto que la Compañía pagará al asegurado cuando se den las condiciones de cobertura prescritas en este beneficio considerando el valor diario convenido, el cual se expresa en la solicitud - Certificado de la póliza, y de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en estas Condiciones Generales.
10. **LESIÓN:** Para los efectos de esta póliza, significa lesión corporal causada por un accidente que ocurra mientras esta póliza esté en vigor y que resulte, directa e independientemente de toda otra causa, en una pérdida cubierta por esta Póliza.
11. **MÉDICO:** Es una persona legalmente autorizada para practicar la medicina y/o cirugía que no sea el Asegurado o su cónyuge, hijo, hija, madre, padre, hermano, hermana, tía o tío.
12. **PACIENTE HOSPITALIZADO:** Es una persona que esté recluida en un Hospital como

paciente interno y que se le cobre por lo menos un (1) día de cuarto de Hospital.

13. SUMA ASEGURADA: Dondequiera que se use en este beneficio, significa la suma indicada en la solicitud - certificado en lo que se refiera a cada Asegurado mencionado

14. COMISIÓN NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS (CNBS): Entidad encargada de la supervisión, inspección y vigilancia de la actividad bancaria, de seguros, previsionales, de valores y demás relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público.

15. LA LEY: Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA No. 5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía será la suma asegurada indicada en la caratula de la póliza cubriendo los riesgos contratados y que pudieren acaecer durante la vigencia de cobertura de esta póliza.

CLÁUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Compañía no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado del Asegurado, 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 se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada la Compañía a pagar la indemnización.

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

Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las

retenciones 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 retención.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por la Compañía o antes que ésta haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas. Se estará además a lo dispuesto en el Artículo 1142 del Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 7 PAGO DE PRIMA

El Programa de Coberturas se ha fijado sobre la base de una Prima Programada anual y anticipada, sin embargo, a solicitud escrita del Asegurado y la aceptación por parte de la Compañía, la Prima Programada Anual podrá pagarse en forma fraccionada, de acuerdo con la política vigente de la Compañía.

Considerando que este seguro es un Plan Temporal Anual Renovable, las primas se calculan en cada renovación anual de la Póliza de acuerdo con las tasas de primas que se encuentren vigentes.

La prima vence en la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, su pago debe acreditarse por medio de un recibo de la Compañía o recibo oficial de Banco DAVIVIENDA.

CLÁUSULA No. 8 VIGENCIA

La vigencia de este Contrato será efectiva a partir de las 12:00 horas del día descrito en las condiciones particulares de la póliza.

CLÁUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

En caso de Muerte del Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza, la Compañía pagará a los beneficiarios designados e inscritos en la póliza, la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza. Asimismo, la Compañía pagará a los beneficiarios designados e inscritos en la póliza, la suma asegurada correspondiente a cada cobertura, establecida en la Carátula de la Póliza, en caso de muerte del Asegurado por enfermedad o accidente, siempre que hayan sido suscritas por éste, las Coberturas de Renta por Hospitalización por Enfermedad o Accidente o Renta por Hospitalización por Accidente y Últimos Gastos por Enfermedad o Accidente o Últimos Gastos por Accidente.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que este Contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a La Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario. En

caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar en forma irrevocable al derecho de cambiar la designación del beneficiario, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a La Compañía y que conste en la presente Póliza. Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado y no se hubiera hecho nueva designación.

CLÁUSULA No. 10 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado cambiará su ocupación habitual o ejerciera su profesión en condiciones distintas de las que indicó en su oferta; estableciera su domicilio definitivo en el extranjero o sufriera alguna otra condición que constituya una agravación esencial del riesgo deberá comunicarlo a La Compañía mediante carta certificada u otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo, 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 Compañía en lo sucesivo.

Se presumirá siempre que la agravación es esencial cuando: se refiere a un hecho importante para la apreciación del riesgo, que, de haberlo conocido La Compañía al celebrar el Contrato, lo habría contratado en condiciones diferentes; y, 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 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 la Compañía 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 Compañía las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

CLÁUSULA No. 11 AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o beneficiario, en su caso, tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá comunicarlo

por escrito a la Compañía a través de la institución financiera, en un plazo máximo de cinco (5) días contado desde la realización del acto generador del derecho.

La Compañía, a través de la institución financiera, tiene el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de documentación e informes sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Los documentos originales a presentar para el análisis y pago de la reclamación son:

POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

- a) Contrato de seguro (solicitud-certificado).
- b) Certificación de acta de defunción.
- c) Certificación o parte de la autoridad competente
- d) DNI o certificación del acta de nacimiento del Asegurado.
- e) DNI o certificado del acta de nacimiento de los beneficiarios.
- f) Certificación de tutoría legal (en caso de beneficiarios menores de edad).
- g) Formulario de reclamación de la Compañía; y
- h) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

POR INCAPACIDAD PERMANENTE O PÉRDIDAS ORGÁNICAS

- a) Contrato de seguro (solicitud-certificado)
- b) DNI o certificado del acta de nacimiento.
- c) Certificación médica de la incapacidad total y permanente.
- d) Certificación o parte de la Autoridad competente
- e) Formulario de reclamación de la Compañía.
- f) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

POR INCAPACIDAD TEMPORAL

- a) Contrato de seguro (solicitud-certificado)
- b) DNI o certificado del acta de nacimiento.
- c) Certificación Médica de la Hospitalización, extendida por el Hospital o Médico que atendió al Asegurado;
- d) Certificación o parte de la Autoridad competente; si procede
- e) Formulario de reclamación de la Compañía.
- f) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

RENTA POR HOSPITALIZACIÓN

- a) Contrato de seguro (solicitud-certificado)

- b) DNI o certificado del acta de nacimiento.
- c) Certificación médica de la incapacidad total y permanente.
- d) Formulario de reclamación de la Compañía.
- e) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

ÚLTIMOS GASTOS

- a) Contrato de seguro (solicitud-certificado)
- b) DNI o certificado del acta de nacimiento.
- c) Certificación de Acta de Defunción, debidamente extendida por la autoridad competente
- d) Certificación o parte de la Autoridad competente, si procede
- e) Facturas de gastos mortuorios o de sepelio
- f) Formulario de reclamación de la Compañía.
- g) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.

CLAUSULA No.12 TERMINACIÓN ANTICIPADA

La vigencia de este Seguro termina:

- a) Por solicitud del Asegurado, manifestada por escrito a la institución financiera en cualquier vencimiento de primas y devolviendo el presente Contrato de Seguro para su anulación.
- b) Por falta de pago de la prima convenida dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de cada vencimiento.
- c) Al fin del aniversario de la póliza en que el asegurado cumpla los setenta y dos (72) años de edad.

En caso de siniestro por el cual se reclame una indemnización, la Compañía podrá a más tardar en el momento del pago de la indemnización, rescindir el contrato. En este caso la responsabilidad de La Compañía terminará quince (15) días después de comunicarlo así al Asegurado y devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro en curso y al resto de la Suma Asegurada

CLAUSULA No. 13 RENOVACIÓN

La póliza, sus coberturas adicionales y endosos serán renovables automáticamente, salvo indicación del Contratante mediante aviso escrito a la Compañía con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato de seguro.

CLÁUSULA No. 14 PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con el Artículo 1156 del Código de Comercio de la República de Honduras, todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en los Artículos

1157 y 1159 del mismo Código de Comercio.

CLÁUSULA No. 15 CONTROVERSIAS

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

El sometimiento a uno de estos procedimientos, será de cumplimiento obligatorio hasta obtener el auto 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 del juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA No. 16 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito a través del Contratante, a las oficinas de La Compañía en su domicilio social. Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

CLÁUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD

Este contrato no se afectará por razones de residencia, ocupación, viajes y estilo de vida del Asegurado.

CLÁUSULA No. 18 EDAD

Esta póliza sólo se extiende a personas con una edad comprendida de 12 años a 65 años, ambas edades incluidas, pero podrá renovarse a su vencimiento con el consentimiento de la Compañía, siempre que el Asegurado no haya alcanzado la edad de 72 años. En caso de que los hubiere cumplido, esta póliza quedará automáticamente cancelada a la terminación del período cubierto por la última prima pagada.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente antes de que La Compañía efectúe cualquier pago en relación con la presente Póliza. Si la comprobación se hiciera en vida del Asegurado, la Compañía extenderá la respectiva constancia y no podrá exigir nuevas pruebas sobre este extremo, para efectuar cualquier pago.

Si de la mencionada comprobación resultare que la edad verdadera del Asegurado al emitirse la Póliza, se encontraba fuera de los límites de aceptación establecidos, el contrato de Seguro será rescindido y la Compañía pagará al Asegurado o a los beneficiarios, si la prueba fuese posterior al fallecimiento de aquel, la porción de prima no devengada a partir de la fecha de la comprobación de la edad.

CLÁUSULA No.19 PERIODO DE GRACIA

Si el contratante o Asegurado en su caso no efectuare el pago de la prima programada anual o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento dispondrán de un periodo de gracia de treinta y un (31) días calendario para el pago de la prima en descubierto. Si dentro del término de dicho plazo, la prima no ha sido pagada, los efectos de la póliza cesarán de inmediato, sin necesidad de aviso o declaración especial.

Si dentro del período de gracia, ocurre cualquier evento amparado por el programa de coberturas, la Compañía procederá al pago de la indemnización correspondiente y a deducir de ella, el total de las primas pendientes de pago para completar el año - póliza.

CLAUSULA No.20 DEDUCIBLE

En la suscripción de las coberturas de Incapacidad Temporal por Accidente, Gastos médicos por Accidentes, Renta por Hospitalización por Accidente y Renta por Hospitalización por enfermedad y Accidente, la Aseguradora podrá, a su criterio y con base en la experiencia siniestral o comercial, establecer deducibles o periodos de espera expresados en número de días.

CLAUSULA No.21 REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado, como lo prevé la cláusula de período de gracia, el contrato de seguro no podrá ser rehabilitado.

CLÁUSULA No.22 INDISPUTABILIDAD

Este contrato será indisputable a partir de la fecha en que cumplan dos (2) años desde el inicio de su vigencia, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado, y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para anularlo o rescindirlos en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración.

Si el Asegurado solicitara incrementos en la suma asegurada de la póliza, éstos también serán disputables durante los dos (2) primeros años, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de los mismos, en vida del Asegurado.

La presente cláusula de indisputabilidad aplica únicamente para la Cobertura Básica por Fallecimiento y en ningún caso para las coberturas adicionales contratadas, las que serán disputables en cualquier momento durante o después de la vigencia de esta póliza.

CLÁUSULA No. 23 MONEDA

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que haya lugar por esta Póliza, serán liquidables en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria de la República de Honduras; las cuales y a solicitud del Asegurado podrán ser tanto en moneda nacional como en US Dólares.

CLÁUSULA No. 24 MODIFICACIONES

Todo cambio o modificación a este contrato deberá ser solicitado por escrito por el Asegurado, el cual una vez aceptado se hará constar en anexo debidamente firmado por un funcionario autorizado por el contratante.

CLAUSULA No.25 RIESGOS ESPECIALES QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO

Los siguientes riesgos quedan excluidos del seguro, pero pueden ser cubiertos mediante convenio expreso y pago de la prima adicional correspondiente:

- a) Los accidentes que sobrevengan en la práctica de polo, pesca en alta mar, rodeo, rugby y boxeo;
- b) Los accidentes que sobrevengan mientras el Asegurado se encuentre a bordo de aviones privados (incluyendo helicópteros) en calidad de piloto o copiloto;
- c) Los accidentes que sobrevengan mientras el Asegurado se encuentre a bordo de aviones privados (incluyendo helicópteros) en calidad de pasajero;
- d) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre manejando motoneta, motocicleta y otros vehículos de motores similares.
- e) Los daños causados al Asegurado por un tercero, con arma de fuego o arma blanca, sean de forma directa o indirecta; de manera que una lesión o muerte por asalto y/o agresión de cualquier índole con arma de fuego o arma blanca se reconocerá como accidente.

Los riesgos para los que se pague la prima adicional correspondiente, se harán constar en la Carátula de la Póliza

CLAUSULA No.26 PERSONAS NO ASEGURABLES

Serán nulas y sin ningún valor, las pólizas extendidas a favor de personas que en la fecha de celebración del contrato fuesen ciegas, sordas, lisiadas, epilépticas, alienadas o que por razón de padecer una enfermedad orgánica o de defectos físicos, hayan quedado incapacitadas en un 60% o más. Si durante la vigencia de esta póliza se produjera una de estas situaciones, siempre y cuando estas afecciones no sean consecuencia de un riesgo cubierto por esta póliza, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía mediante carta certificada u otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que la conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso, cesarán de pleno

derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

La Compañía dentro del plazo de quince (15) días tendrá la facultad de resolver las condiciones de continuación o rescisión del contrato. Si la Compañía optara por la rescisión o el Asegurado no aceptará las condiciones de continuación, en su caso, la póliza será cancelada y la Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro.

Asimismo, será nula esta cláusula si por negligencia de cualquier representante de la Compañía, se celebra este contrato a sabiendas que la persona Asegurada fuese ciega, sorda, lisiada, epiléptica, alienada o que por razón de padecer de una enfermedad orgánica o de defectos físicos, hayan quedado incapacitadas en un 60% o más.

CLÁUSULA No.27 PROGRAMA DE APORTACIONES

El Programa de Aportaciones está constituido por las primas requeridas para cubrir el Programa de Coberturas; en virtud de ello, el Asegurado acepta realizar los pagos de las primas en las fechas de vencimiento establecidas, conforme lo indicado en el Programa de Aportaciones que aparece en la Carátula de la Póliza.

El cumplimiento por parte del Asegurado de su Programa de Aportaciones, permitirá mantener en vigor la Póliza hasta la terminación del Plazo de Seguro contratado.

CLÁUSULA No. 28 CANCELACIÓN

El Contratante del Seguro o Asegurado queda facultado para rescindir este contrato de seguro en cualquier momento y, en tal caso, La Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro.

CLÁUSULA No. 29 AUMENTO AUTOMÁTICO DE SUMAS ASEGURADAS

Las Pólizas de Accidentes Personales vigentes continuarán gozando del beneficio de aumento automático, conforme a los términos de la Cláusula incluida en sus condiciones Generales. Bajo esta Cláusula el aumento se otorga a las Pólizas cuya Suma Asegurada contratada inicial sea menor a Lps.225,000.00, siempre que la Suma Asegurada inicial más el aumento tampoco exceda de dicha cantidad.

Para las pólizas de Max Pro Individual se ha ampliado el beneficio ya que el aumento se otorga a todas las pólizas, pero limitándose los aumentos a Lps.200,000.00 o US\$ 12,000.00 para las

Pólizas emitidas en esta moneda. Los términos de la Cláusula son los siguientes:

“Sin incremento en la prima y durante las primeras nueve (9) renovaciones anuales completas y consecutivas de la Póliza, las Sumas Aseguradas para las coberturas de: a) Muerte Accidental, b) Muerte Accidental Calificada, c) Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental y; d) Incapacidad Permanente por Accidente se aumentarán en la forma siguiente: Un diez por ciento (10%) en la primera renovación y un cinco por ciento (5%) en cada uno de las ocho (8) renovaciones sub-siguientes. Dichos incrementos se calcularán sobre la Suma Asegurada anterior, pero en conjunto no podrán exceder de Lps.200,000.00 o US\$.12,000.00 para las Pólizas emitidas en esta moneda.

Estos aumentos no tendrán ninguna validez en el caso de indemnizaciones a causa de accidentes aéreos”.

Estos aumentos no se reflejarán en las renovaciones, ya que se administrarán extra-sistema. El Área de Ajustes deberá verificar la procedencia del reclamo conforme a los términos de esta cláusula y hacer los cálculos correspondientes al momento de la liquidación.

CLÁUSULA No. 30 LIQUIDACION

Todo adeudo del Asegurado en relación con esta Póliza a favor de la Compañía, será deducido de cualquier pago que ésta hubiere de hacer al Asegurado o a los beneficiarios, en razón de la misma. La Compañía deducirá, además, la cantidad que falte para completar la prima correspondiente al año en que ocurra el siniestro, si se hubiere establecido el pago de la prima en forma fraccionada.

CLÁUSULA No. 31 PAGO DE INDEMNIZACIÓN

La Compañía actuará con celeridad y diligencia en todo el proceso de pago de indemnizaciones. La Compañía, de conformidad con el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, establece que:

a) En los contratos de seguros cuyo valor asegurado sea de hasta trescientos mil lempiras (Lps.300,000.00), o su equivalente para las pólizas emitidas en moneda extranjera (US\$), se efectuará el pago de la indemnización que le correspondiere dentro de los sesenta (60) días contados a partir del recibo de la respectiva documentación, pudiendo La Compañía, dentro del mismo plazo, objetar parcial o totalmente de manera fundamentada la reclamación; y

b) En los contratos de seguros cuyo valor asegurado exceda de trescientos mil lempiras (L.300,000.00) o su equivalente para las pólizas emitidas en moneda extranjera (US\$), se efectuará el pago de la indemnización que le correspondiere dentro de los sesenta (60) días

contados a partir del acuerdo de ajuste de la pérdida entre las partes.

Si la Compañía hubiere pagado un siniestro dentro del plazo señalado y posteriormente comprueba que existió dolo o fraude, repetirá contra quien haya recibido el pago ilegalmente.

CLAUSULA No. 32 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office 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 No. 33 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.