

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS (DECRETO 22-2001)

Artículo 87. Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguro; 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 Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

CLÁUSULA No.1.- CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Compañía y se prueba por medio de la Solicitud firmada del Asegurado a la Compañía (o del Contratante, en su caso), que es la base de este Contrato, la presente Póliza y los Anexos que formen parte de la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA No.2.- 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) Compañía – SEGUROS LAFISE-HONDURAS, S.A.
- 2) Contratante: Es la empresa, institución o persona jurídica que suscribe con la Compañía el contrato de seguro (Póliza).
- 3) Asegurado – El nombre de la persona natural que aparece en las condiciones particulares como Asegurado y que forma parte del grupo asegurable.
- 4) Beneficiario – En este seguro, es la persona jurídica que de acuerdo con las condiciones de la póliza recibirá el pago o beneficio después de la ocurrencia de un siniestro.
- 5) Actividad Económica – El giro o finalidad del negocio u ocupación del Asegurado.
- 6) Condiciones Especiales o Particulares – La lista anexa a ésta 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.
- 7) La Ley – Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras.
- 8) Anexo o Endoso – Texto agregado a la póliza y autorizado por la compañía para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones. Forma parte inseparable de las condiciones del contrato.

9) Muerte: Es el fallecimiento del Asegurado, ya sea por accidente o enfermedad. Para los casos de "Muerte presunta", ésta póliza se regirá por lo establecido en el Código Civil y cualquier otra ley que regule al respecto al momento de ocurrir el siniestro.

10) Póliza: Documento que formaliza el contrato de seguro, en el cual se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el Contratante y la Compañía.

11) Riesgo: Es la posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que produce una necesidad económica y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza y obliga a la Compañía a efectuar la prestación, normalmente indemnización que le corresponde.

12) Siniestro: Es la manifestación concreta del riesgo previsto en la póliza, y que motiva el pago del beneficio cubierto, obligando a la Compañía a satisfacer total o parcialmente al Contratante, el capital garantizado en el contrato.

13) Accidente.- Para los efectos de este contrato, se entenderá como accidente todo acontecimiento que produzca al Asegurado, una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (salvo en caso de ahogamiento o de lesiones reveladas por examen médico o autopsia) y que ocasionen la muerte del Asegurado o la pérdida de alguno de sus miembros, órganos o funciones, siempre que dicho acontecimiento sea producido, independientemente de cualquier otra causa, por la acción directa y violenta de causas externas y fortuitas.

14) Empleado: Se entiende toda persona que preste un servicio regular y permanente al Contratante, que laborando para éste por el total de horas establecidas para el personal en general, en un puesto u oficina establecidos en un territorio designado por el patrono y aceptado por la Compañía para cubrirse bajo las estipulaciones de la presente póliza.

15) Servicio Activo: Es la actividad o situación laboral o sobre todo funcionaria en la que una persona desempeña efectivamente el puesto que le corresponda.

CLÁUSULA No. 3: RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURA BÁSICA: FALLECIMIENTO

Bajo ésta cobertura la Compañía se obliga a pagar a los Beneficiarios, cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado, la suma indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. Se incluyen en esta cobertura, personas comprendidas entre 15 a 70 años , con terminación de la cobertura al cumplir los 75 años.

CLAUSULA No. 4: RIESGOS QUE PUEDEN CONTRATARSE POR MEDIO DE CONVENIO EXPRESO Y PAGO DE PRIMA ADICIONAL

A.COBERTURA DE ANTICIPACION DE SUMA ASEGURADA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Se incluyen en esta cobertura personas comprendidas entre 15 a 64 años, con terminación de la cobertura al cumplir los 65 años. La Compañía extiende esta cobertura a favor del asegurado, sujeto a las siguientes condiciones.

A.1. Siempre que el asegurado reúna las condiciones indicadas en las Condiciones de Incapacidad y se cumplan los requisitos requeridos para la procedencia del beneficio, la Compañía conviene en anticipar al asegurado la suma asegurada contratada para la cobertura de incapacidad total y permanente, mediante cinco (5) pagos anuales, equivalentes cada uno al 20% de la suma asegurada, salvo la compañía convenga con el asegurado en efectuar el pago en otra forma o plazo. Dicho anticipo se hará efectivo a partir de la fecha en que sean admitidas por la Compañía las pruebas de la existencia de la incapacidad total y permanente.

En caso de fallecimiento del Asegurado, antes de recibir las cinco (5) anualidades, la Compañía pagará en una sola exhibición las cuotas faltantes a los beneficiarios designados en la póliza, siempre que al momento del fallecimiento el asegurado se encontrara gozando de este beneficio.

A.2. El (los) asegurado(s) tendrá(n) derecho a gozar de la cobertura de incapacidad cuando:

- 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 Compañía 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 Compañía.

Para lo anterior, la Compañía deducirá de la Suma Asegurada básica el monto de la deuda que el Asegurado tuviere pendiente de pagar al Contratante y el saldo de la suma Asegurada (si hubiere) lo pagara al Asegurado dividiéndolo entre cinco (5) anualidades equivalente al 20% del saldo de la suma asegurada, si la misma se produce.

- 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 compañía acepte el dictamen médico que establezca dicha incapacidad, o, cuando se produzca la pérdida entera e irre recuperable 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.

Mientras no se admita por la compañía 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.

Una vez admitida por la Compañía 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.

A.3. La Compañía quedará exenta de toda responsabilidad, bajo esta cobertura siempre que la Incapacidad Total y Permanente provenga de o tenga su origen, directa o indirectamente, de una de las siguientes circunstancias:

- Infracción grave de leyes, decretos, disposiciones o regulaciones administrativas de carácter público u ordenanzas o reglamentos, en la cual participe(n) el(los) asegurado(s).
- Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra(s) persona(s).
- Duelo (excepto cuando éste sea en defensa propia), tentativa de suicidio, o lesiones así mismo por el asegurado, sea cual fuere el estado mental en que se encontrare(n).
- Actos provocados intencionalmente por el asegurado.
- Participación del asegurado como conductor o pasajero en automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- Viajes o vuelos en cualquier aeronave, excepto como pasajero de una línea comercial con itinerarios establecidos y horarios regulares. Abarca la exclusión los viajes o vuelos en aeronaves privadas y aerotaxis.
- Actividades militares, policiales, de seguridad o de bomberos, en las que participe el asegurado.
- 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.
- Energía nuclear o atómica, radiación ionizante o combustión nuclear.
- Accidente sufrido con anterioridad a la fecha de ingreso a la agrupación que representa.

A.4. Para tener derecho a los beneficios, deben cumplirse los siguientes requisitos:

- 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.

- Que el asegurado no haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad.
- Que el asegurado o el (los) beneficiario(s), en su caso, presente(n) las pruebas de incapacidad que solicite la compañía.
- La Compañía podrá hacer examinar, por un médico de su confianza, el estado de incapacidad del Asegurado, mientras se encuentre vigente esta cobertura para el asegurado y mientras la Compañía no haya efectuado el pago total de la suma asegurada en el tiempo dispuesto en esta póliza.

A.5. Esta cobertura terminará en los siguientes casos, mientras esté vigente esta cobertura para el asegurado y mientras la Compañía no haya culminado con el pago total de la suma asegurada en el tiempo dispuesto en esta póliza:

- Cuando haya desaparecido la incapacidad total y permanente, aunque el Asegurado no desempeñe empleo remunerado.
- Cuando el asegurado se encuentre desempeñando una labor remunerada, cualquiera que sea la cuantía de la remuneración, de acuerdo con su educación, capacidad y experiencia mientras esté vigente esta cobertura para el Asegurado.
- Cuando el asegurado, el (los) beneficiario(s) o un familiar(es) de cualquiera de estos, dificulte(n) a la Compañía el control de la incapacidad a que se refiere la cláusula anterior.
- Al finalizar el pago de la suma asegurada (ya sea que este se haga en rentas mensuales durante cinco (5) pagos equivalentes al 20% de la suma asegurada durante un (1) año.

A.6. Queda convenido que el Asegurado que recupere su capacidad, es decir que cuente con las condiciones físicas y de salud al estado previo a la incapacidad declarada, y siempre que reúna las condiciones de asegurabilidad de la compañía, tendrá derecho a continuar y siempre que concurren en el las características necesarias para formar parte del grupo asegurado, tiene derecho a que continúe en vigor su seguro, conforme a los términos de la Póliza. *Queda convenido que en el caso que El Asegurado recupere su capacidad, es decir que vuelva a tener las condiciones físicas y de salud al estado previo a la incapacidad declarada, y siempre que reúna las condiciones de asegurabilidad de la compañía, tendrá derecho a continuar asegurado conforme a los términos de la póliza y por una suma asegurada equivalente a la suma originalmente contratada menos los pagos de rentas que La Compañía hubiese realizado durante el tiempo que duro su incapacidad.*

A. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTAL.

La Compañía pagará 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.

Se incluyen en esta cobertura personas comprendidas entre 15 a 64 años, con terminación a los 65 años. La Compañía extiende esta cobertura a favor del asegurado, sujeto a las siguientes condiciones.

B.1. De conformidad a las disposiciones contenidas en esta cobertura y las de la Póliza, la Compañía, 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 en los numerales de 2 al 13 inclusive, de TABLA DE INDEMNIZACIONES, de esta cobertura, pagará al asegurado la suma que en la referida Tabla se menciona.

B.2. Tabla de Indemnizaciones

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

1. Por muerte.....La Suma Asegurada
2. Por la pérdida de ambas manos o de ambos pies de ambos ojos La Suma Asegurada
3. Por la pérdida de una mano y de un pié..... . La Suma Asegurada
4. Por la pérdida de una mano o de un pié con la pérdida de un ojo..... La Suma Asegurada
5. Por la pérdida de una mano o de un pié.....La mitad de La Suma Asegurada
6. Por la pérdida de un solo ojo.....La tercera parte de La Suma Asegurada
7. Por la pérdida del dedo pulgar de la mano derecha..... La cuarta parte de la Suma Asegurada
8. Por la pérdida de los dedos índices, medio, anular, meñique de la mano derecha.....La cuarta parte de la Suma Asegurada.
9. Por la pérdida del dedo pulgar de la mano izquierda.....La quinta parte de la Suma Asegurada

10. Por la pérdida de los dedos índices, medio, anular y meñique de la mano izquierda..... La quinta parte de la Suma Asegurada

11. Por la pérdida del dedo índice de la mano derecha.....La décima parte de la Suma Asegurada.

12. Por la pérdida del dedo índice de la mano izquierda.....La doceava parte de la Suma Asegurada

13. Por la pérdida de los dedos anular y meñique de una mano..... La vigésima parte 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 Compañía 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.

B.3. De conformidad a las disposiciones contenidas en esta cobertura y las de la Póliza, la Compañía, se compromete a pagar al (los) Beneficiario (s), una suma adicional en caso de Muerte Accidental Calificada del Asegurado, se considera de Muerte Accidental Calificada la ocurrida:

- a) Mientras el asegurado se encuentre dentro de un elevador de pasajeros que no sea el de una mina.
- b) Mientras el asegurado se encuentre dentro de un edificio público y que el mismo se incendie.
- c) 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.

B.4. 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 64 años de edad. Si la Compañía 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 90 días contados a partir de la fecha del accidente.

d) Que el accidente se comuniquen inmediatamente después, de ocurrido a las autoridades competentes del lugar y se informe por escrito a la Compañía dentro de un plazo máximo de 5 días, contados desde la fecha del suceso.

e) Que se presenten a satisfacción de la Compañía las pruebas del accidente.

Queda entendido que la falta de cumplimiento de los requisitos señalados, exonera de toda responsabilidad a la Compañía, 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 Compañía la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, esta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

B.5. El beneficio que proporciona esta cobertura 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:

1. 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.

2. Riesgos atómicos o nucleares.

3. Acciones o actos delictuosos, infracciones a las leyes, ordenanzas y reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.

4. Lesión corporal causada intencionalmente por otra persona.

5. Duelo (excepto cuando este sea en defensa propia), suicidio, tentativa de suicidio o lesiones inflingidas así mismo por el asegurado, ya sea voluntaria o involuntariamente, y esté o no el asegurado en su sano juicio.

6. Servicio habitual en cualquier cuerpo de policía o de seguridad, cuerpo militar o de bomberos.

7. Enfermedad o padecimiento corporal o mental de cualquier naturaleza. También se excluyen las consecuencias de los exámenes, tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de cualquier clase y las infecciones bacterianas, excepto las resultantes de lesiones corporales externas y accidentales amparadas por esta cobertura.

8. Asfixia o por haber ingerido cualquier clase de veneno o aspirado gases, voluntaria.

9. Participación en carreras de vehículos mecánicos, ya sea en calidad de conductor o de pasajero, y en acrobacia de cualquier tipo.

10. Viajes o vuelos en cualquier aeronave, excepto cuando lo haga como pasajero de una línea comercial con itinerario establecido y horarios regulares.

11. Accidente que se produzcan cuando el asegurado esté tomado de licor y/o bebidas espirituosas (se entiende básicamente por bebida espirituosa la bebida alcohólica destinada al consumo humano, con cualidades organolépticas particulares, con una graduación mínima de 15%vol, obtenida por destilación, en presencia o no de aromas, de productos naturales fermentados, o por maceración de sustancias vegetales, con adición o no de aromas, azúcares, otros edulcorantes, u otros productos agrícolas. Son algunos ejemplos el whisky, ron vodka, ginebra, entre otras) y 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, o mientras el asegurado se encuentre en estado de sonambulismo o bajo las influencias de drogas de cualquier tipo; a menos que se hubieran administrado por prescripción médica.

B.6. La Compañía queda facultado para hacer examinar al accidentado cuantas veces lo considere necesario por médicos que ella designe a su propio costo, así como para adoptar todas las medidas y diligencias tendientes a la más completa investigación de aquellos puntos que estimare necesario para su interés y salvaguarda. Cuando el Asegurado ó el beneficiario impidan a la Compañía la autopsia a que se refiere la cláusula siguiente, la misma Compañía quedará liberada de toda responsabilidad derivada de este documento.

B.7. Cuando se considere la muerte del asegurado por ahogamiento o traumatismo interno será obligatorio efectuar la autopsia para comprobar la causa a menos que las autoridades competentes certifiquen la causa de la muerte. En los demás casos se le dará oportunidad a la Compañía de examinar el cuerpo del Asegurado y de practicar autopsia correspondiente.

C. BENEFICIO DE GASTOS FÚNEBRES.-

Mediante convenio expreso y pago de prima adicional La Compañía indemnizará la suma contratada para esta cobertura por el fallecimiento del Asegurado, por la cantidad especificada en las Condiciones Particulares, una vez que la Compañía sea notificada formalmente mediante entrega del Certificado de Defunción. La suma máxima a otorgar por esta cobertura será del 10% de la suma básica establecida en caso de fallecimiento.

CLAUSULA No. 5: 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 Compañía 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 compañía 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.

El Contratante 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 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 a lo dispuesto en el Artículo 1137 del Código de Comercio.

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.

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

No obstante, esta Póliza será indisputable desde su emisión.

CLAUSULA No. 6. SUICIDIO

La Compañía pagará la suma asegurada, aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquier que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, después de transcurridos dos (2) años consecutivos de cobertura.

CLAUSULA NO. 7. GRUPO ASEGURABLE

El grupo asegurado lo integran las personas que perteneciendo al grupo asegurable sean empleados o socios en trabajo o servicio activo, cuyos nombres y datos personales aparezcan inscritos en el registro de asegurados, de conformidad con lo estipulado en la Cláusula "Registro de Asegurados" de las presentes condiciones generales. El grupo asegurado está representado en este contrato por el Contratante.-

No pertenecen al grupo asegurado y, por tanto, no son asegurados los empleados temporales, los empleados, los jubilados y los que sobrepasen los límites de edad de admisión, de acuerdo a la cláusula "EDAD" de estas condiciones generales.

No serán elegibles las personas que por razones de enfermedad o accidentes, sino hasta después de haber presentado las respectivas pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la aseguradora. Las personas que laboren irregularmente, o por obras o por contratos a plazos fijo, o las que devengaren comisiones, salvo convenio expreso en contrario, que deberá constar en adendo a la póliza.

CLAUSULA No. 8. REGISTRO DE ASEGURADOS

En el registro de asegurados se anotaran los nombres y apellidos de cada uno de los miembros del grupo asegurado.

CLAUSULA No. 9. SUMA ASEGURADA

La Suma asegurada para cada participante elegible para este seguro, será la que corresponda, de acuerdo con la clasificación consignada en las condiciones particulares de la póliza.

Toda variación en el importe del seguro, ocasionada por cambios en la suma asegurada de los integrantes del grupo asegurado a consecuencia de modificaciones en las actividades o funciones que desempeña y que afecten su salario, será efectiva desde la fecha en que la compañía de seguros reciba la notificación del cambio.

Todo archivo, registro, nóminas o documento del Contratante, que puedan tener referencia al seguro de esta póliza, deberán ponerse a la disposición de la Compañía para fines de inspección en el momento que esta lo solicite.

La ocultación de dichos documentos o la renuencia a ponerlos a disposición de la Compañía será motivo suficiente para que la misma Compañía pueda declinar reclamos basados en esta póliza.

CLAUSULA No. 10. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

Son obligaciones del Contratante:

- a) Informar a la Compañía dentro de los primeros seis (6) días de cada mes, los nuevos ingresos al Grupo Asegurado durante el mes inmediato anterior.
- b) Informar a la Compañía las separaciones definitivas de asegurados que se llevan a efecto dentro del mismo plazo de seis días indicado en el inciso "a" anterior.
- c) Informar a la Compañía los cambios de variación del importe del seguro de los miembros del Grupo Asegurado, reporte que deberá realizarse dentro de los primeros seis (6) días del mes siguiente a la fecha de dicho cambio, en caso de que estos sirvan de base para determinar la suma asegurada.

Cuando hubiere siniestro de algún miembro del grupo asegurado y no se hubiere cumplido con lo estipulado en el inciso c), el siniestro se liquidará de acuerdo con el último informe recibido por la Compañía antes del siniestro.

d) Enviar con la solicitud de renovación:

- Una, lista actualizada de las personas a asegurarse detallando nombres y apellidos, fecha de ingreso, fecha de nacimiento, clasificación del importe del seguro (en caso de

que éste sirva como base para determinar la suma asegurada), envío que debe hacerse siempre que los asegurados participen en el pago de la prima.

- Una copia actualizada de la planilla de pago, envío que debe hacerse siempre que la prima sea asumida totalmente por el Contratante.

e) Incluir en este contrato a todos los participantes, que se hallen en estado de asegurabilidad, según las condiciones de esta póliza, mediante el pago de la prima correspondiente.

CLAUSULA No. 11. NUEVOS INGRESOS DE ASEGURADO Y AUMENTO DEL SEGURO.

Los empleados que ingresan al Grupo Asegurado después de la celebración de este contrato y que fueren reportados a la Compañía, en cumplimiento del inciso “a” de la Cláusula “OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE”, quedarán asegurados sin examen médico, si estuvieren en servicio activo, desde el momento en que adquieran las condiciones para formar parte del Grupo Asegurado.

Los participantes que deban formar parte del Grupo Asegurado “a”, que no fueren reportados en el tiempo establecido en el inciso “a” de la Cláusula “OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE”, quedan asegurados a partir de la fecha que la Compañía le comunique por escrito al Contratante.

El Contratante podrá solicitar aumento del valor asegurado. Este aumento del seguro será efectivo a partir de la fecha que la Compañía acepte la solicitud y lo comunique por escrito al Contratante.

Este cambio de suma asegurada por miembro del Grupo Asegurado no es extensivo para los asegurados que, a la fecha en que se haga efectivo el cambio, se encuentren jubilados o en trámite de jubilación o enfermos e incapacitados, en cuyos casos se ajustará la suma asegurada hasta después de haber presentado pruebas médicas de asegurabilidad aceptadas por la Compañía.

Si la Compañía hubiere recibido cualquier valor para cubrir el seguro de los asegurados que no gozan del cambio de suma asegurada, tal cosa no tendrá más efecto que el de la devolución de los valores recibidos.

CLAUSULA No. 12. DUPLICIDAD EN LAS INCLUSIONES.

Si por cualquier causa se incluye más de una vez a una misma persona en esta póliza, es convenido que el segundo seguro emitido a nombre de dicha persona será cancelado y no tendrá ningún valor ni fuerza legal y que solamente tendrá valor y eficacia el primero que se hubiere emitido, de acuerdo a las Condiciones Particulares de la Póliza.

Además la Compañía después de proceder a la cancelación del o de los seguros duplicados devolverá al Contratante las primas correspondientes, liquidándolas a partir de la fecha en la cual se produjo la repetición.

CLAUSULA No. 13. CANCELACIONES INDIVIDUALES

El seguro se cancelará individualmente para:

a) Los asegurados que en forma definitiva se separan o sean separados o por cualquier motivo ya no puedan pertenecer al Grupo Asegurado. Dicha cancelación será efectiva desde el momento del retiro de la empresa o desde el momento de ocurrir algún hecho que descalifique al asegurado para pertenecer al Grupo Asegurado.

b) Cada asegurado que a la fecha de renovación de la póliza haya cumplido setenta y cinco (75) años de edad.

Exceptuando los casos de separación por fallecimiento, la Compañía restituirá al Contratante la parte de la prima no devengada.

CLAUSULAS No. 14. DERECHOS AL SEPARARSE DEL GRUPO ASEGURADO.

Cualquier asegurado que deje de pertenecer al grupo asegurado, tiene derecho a que la Compañía le expida, sin pruebas de asegurabilidad, una póliza de Seguro de Vida Individual, sin beneficios adicionales, por un monto no superior a la última suma asegurada bajo este contrato, en cualquiera de los planes ofrecidos por la Compañía, exceptuándose, el seguro temporal en caso de muerte. Sin embargo, para que el asegurado tenga derecho a hacer uso de este beneficio se requiere que este contrato se encuentre en vigencia y que el asegurado no haya dejado de pertenecer al Grupo Asegurado por invalidez.

Además, también, para hacer uso de este derecho, el asegurado debe:

A) Tener menos de 60 años

B) Solicitar el seguro por escrito a la Compañía dentro de los treinta días siguientes a la separación del grupo asegurado.

C) Pagar la prima que corresponda conforme a la edad alcanzada y a su ocupación, según las tarifas que se encontrare en vigor.

CLAUSULA NO. 15. CALCULO DE LA PRIMA

El monto total de la prima del grupo será la suma de las primas que correspondieran a cada miembro del Grupo Asegurado, considerando su edad, ocupación y suma asegurada. En la fecha de emisión del contrato y de renovación, según sea el caso, se calculará la tasa promedio por millar de suma asegurada, que se aplicará en el período de vigencia correspondiente. La tasa promedio es la que resulta de dividir la prima total entre los miles de suma asegurada total.

A cada miembro del grupo que no ingrese en la fecha aniversario del contrato, a los que se separen definitivamente del Grupo y a los que se les modifique la suma asegurada, se les calculará la prima en base a la tasa promedio por meses completos.

CLAUSULA No. 16. FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS.-

Ésta póliza se emite en consideración al pago anticipado de la prima anual, por el Asegurado; sin embargo, tanto la prima del primer año como la de los años posteriores, puede ser pagada por semestres, trimestres o de forma mensual, siempre anticipadamente de acuerdo con la tarifa en uso por la Compañía a la fecha de emisión de la Póliza. La forma de pago puede ser cambiada en cualquiera de los aniversarios de la póliza, previa solicitud escrita del Asegurado y mediante anexo firmado y adherido a la póliza en que se haga constar la modificación.

El pago de la prima se acreditará en un recibo oficial de la Compañía firmado por los funcionarios de la misma y refrendado por el colector autorizado. Las primas deben pagarse el día de su vencimiento o antes, en las oficinas de la Compañía, ó en cualquier otro lugar de la República, que la Compañía podrá designar para que reciban el pago de las primas a cambio de un recibo oficial de la Compañía debidamente firmado y refrendado.

La Compañía no estará obligada a cobrar las primas en el domicilio del Asegurado ni dar aviso de su vencimiento y si lo hiciera no sentara precedente alguno de obligación.

CLAUSULA NO. 17. PERIODO DE GRACIA

Después de pagar la primera prima, se concede para el pago de las otras, un período de gracia de treinta (30) días, durante el cual no se imponen intereses y la póliza continúa vigente. Pero si al terminar dicha prórroga la prima no ha sido pagada, ésta póliza y en consecuencia todos sus certificados individuales, caducarán sin necesidad de aviso o declaración especial.

CLAUSULA NO. 18. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

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 Compañía, siempre que el Contratante lo solicite por escrito y pague la prima correspondiente calculada de acuerdo con el procedimiento indicado en la Cláusula "CALCULO DE LA PRIMA", pero la Compañía se reserva el derecho de renovar ésta póliza al final de cada vencimiento, sin quedar obligada a manifestar el motivo de su resolución.

CLAUSULA NO. 19. CAMBIO DE BENEFICIARIO

Siempre que no existiere restricción legal en contrario, cualquier miembro del Grupo Asegurado podrá hacer nueva designación de beneficiario, mediante notificación escrita a la Compañía, notificación que debe hacerse por medio del Contratante.

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

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.

CLAUSULA No.20. EDAD

Las edades de admisión fijadas por La Compañía para este contrato, son de 15 a 70 años (ambas edades incluidas) para la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa - Cobertura Básica extendiéndose hasta 75 años; para la Cobertura de Anticipación de Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente en caso de accidente o enfermedad las edades de admisión son de 15 a 64 años extendiéndose hasta los 65 años; para la cobertura de muerte accidental las edades de admisión son de 15 a 64 años con cancelación de cobertura hasta los 65 años.

La edad de cada asegurado, deberá comprobarse fehacientemente cuando así lo juzgue necesario La Compañía, antes o después del fallecimiento del Asegurado. Una vez que dicha comprobación hubiere sido efectuada, La Compañía hará la anotación correspondiente en sus registros y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro.

En caso de que el asegurado alcanzase la edad máxima de extensión en la cobertura, el seguro de dicha cobertura, para tal asegurado, quedará sin efecto.

En caso de que la edad real de una persona, en la fecha de su ingreso, no estuviere comprendida entre los límites de edades de admisión, sería nulo el seguro correspondiente a dicha persona, limitándose la obligación de la Compañía a devolver las primas pagadas correspondientes a esa persona.

La misma regla, aquí establecida, será aplicada 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 Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

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

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

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la que correspondería a la edad real, la Compañía estará

obligada a reembolsar 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 descubriere que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

CLAUSULA No. 21. CAMBIO DE CONTRATANTE

En el caso de grupos formados por empleados y obreros de un mismo patrón o empresa, la Compañía podrá rescindir este contrato, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que hubiere cambio de Contratante, reembolsando la prima no devengada.

CLAUSULA No. 22 .CESION.

El derecho a la suma asegurada podrá transmitirse mediante declaración expresa consignada en el certificado correspondiente, suscrita por el cedente y el concesionario y notificada por estos a la compañía de seguros, teniendo el cesionario, en este caso, acción directa para cobrar la suma asegurada.

CLAUSULA No. 23. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

A) Este contrato termina en forma automática:

1. Cuando el grupo asegurado llegue a representar:

a) Menos de cinco (5) asegurados

b) Menos del 75% de los miembros elegibles en el Grupo Asegurado (si el empleado contribuye en cualquier proporción al pago de la prima).

c) Menos del 100% de los miembros elegibles del Grupo Asegurado (si la prima es asumida totalmente por el Contratante).

2. Treinta (30) días después de la fecha en que sea sustituido el Contratante original, si dentro del plazo mencionado el nuevo empleador no comunicare a la Compañía dicho cambio o sustitución.

B) El presente contrato terminará al final del período anual si el Contratante no expresa, por escrito, antes del vencimiento, su deseo de renovar la póliza.

CLAUSULA No.24: MONEDA

Se conviene que todos los pagos que el Contratante deba hacer a la Compañía o los que éste tenga que hacer por cualquier concepto, con motivo de este contrato, deberán efectuarse en la moneda en que se contrate el seguro.

CLÁUSULA No. 25: REQUISITOS MINIMOS PARA PAGO DE INDEMNIZACIONES POR SINIESTRO.

En caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente, el Contratante, debe dar aviso por escrito a la Compañía inmediatamente de haberse producido cualquiera de los riesgos amparados o tan pronto tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro, indicando la fecha, hora y circunstancias que los hayan producido, para lo cual gozarán de un plazo máximo de cinco (5) días para dicho aviso.

El Contratante o los Beneficiarios deberán comprobar el reclamo, utilizando los formularios que para tal objeto les pueda proporcionar la Compañía y de acuerdo con las instrucciones en ellos contenidas. Asimismo, éstos estarán obligados a presentar a la Compañía, cualquier otro documento que se les requiera con el objeto de comprobar el reclamo.

El asegurado, o el beneficiario en su caso, proporcionarán los siguientes documentos:

- a. Formulario de Reclamación proporcionado por la Compañía llenado y firmado.
- b. Acta de Defunción (En caso de muerte del Asegurado).
- c. Certificación de la autoridad competente en caso de fallecimiento por causas fatales.
- d. Certificación médica del último médico tratante u hospital (en el caso de Invalidez Total y Permanente).
- e. Cualquier otro documento que requiera la Compañía para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

En los casos que por razones ajenas o no imputables al Asegurado o el Contratante 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 Compañía 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 No. 26: MEDIDAS QUE PUEDE TOMAR LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

- a) En casos no fatales, la Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado por los médicos que ella estime conveniente.
- b) En casos fatales, la Compañía se reserva el derecho de exigir la exhumación y/o autopsia del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo los Beneficiarios o herederos prestar su colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La exhumación y/o autopsia se efectuará con citación de los herederos, quienes podrán designar un médico para representarlos.

Todos los gastos ocasionados por las gestiones a que se refiere este inciso serán por cuenta de la Compañía, exceptuando los honorarios del médico representante de los herederos.

CLAUSULA No. 27. CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

La Compañía expedirá certificados individuales de seguro a cada uno de los participantes en esta póliza, en los que se hará constar la suma asegurada para cada uno, los beneficiarios y las condiciones generales que le conciernen personalmente. Estos certificados forman parte de esta póliza.

CLAUSULA No.28: COMPETENCIA

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

CLAUSULA No.29: MODIFICACIONES

Ninguna modificación a ésta póliza será válida si no está autorizada por la firma de los funcionarios de la Compañía, previo convenio con el Contratante y Asegurados. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona de la Compañía no tienen facultad para hacer concesiones o modificaciones algunas.

Toda modificación se hará constar en la propia póliza o en un anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las condiciones particulares que se agreguen en las condiciones generales del contrato deberán, en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente al Contratante y Asegurados, previa comunicación de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).

En caso de controversia entre las condiciones generales y especiales prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del seguro.

El Contratante y Asegurados tendrán derecho a que se les apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda en prima.

CLÁUSULA No. 30: COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones o declaraciones que hayan de hacerse a la Compañía se enviarán por escrito directamente a su dirección, señalada en este contrato. En el caso de que el contrato haya sido celebrado a través de un agente autorizado registrá lo establecido por el Artículo 1113 del Código de Comercio.

Salvo el cobro de las indemnizaciones en caso de siniestro, todo lo relativo a ésta póliza será tratado por conducto del Contratante y por tanto, todas las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los Asegurados, se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando las haga al Contratante, que serán enviadas al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

CLÁUSULA No. 31- 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 Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

CLÁUSULA No. 32: REPOSICIÓN

En caso de destrucción, extravío o robo de ésta póliza o de algún certificado de seguro, la Compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Contratante, los cuales deberán cubrir el importe de los gastos de reposición.