

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

CLÁUSULA No. 1: COBERTURA

1.1.- Cobertura Básica: Muerte por Cualquier Causa

En caso del fallecimiento legalmente comprobado del Asegurado, la Aseguradora de acuerdo con las Condiciones Particulares y Certificado Individual de la Póliza, indemnizará a los beneficiarios designados o en su defecto a los herederos legales, la Suma Asegurada convenida, siempre y cuando la Muerte por Cualquier Causa del Asegurado acontezca durante la vigencia de la Póliza.

1.1.2.- Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica:

1.1.2.1.- Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios

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

1.1.2.2.- Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por médico autorizado y especialista en la patología diagnosticada, de que la patología diagnosticada es terminal (es decir que la muerte se dará en el corto plazo igual o inferior a

seis 6 meses), diagnosticada por primera vez y en fecha posterior a los seis (6) meses de contratación de la póliza, la Aseguradora, a solicitud del Contratante o Representante Legal, adelantará hasta un máximo equivalente al 50% de la suma asegurada contratada para la Cobertura Básica Muerte por Cualquier Causa; dicho monto se deducirá de la suma asegurada a indemnizar en caso de muerte del Asegurado.

1.1.2.3.- Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales

En caso que El Asegurado falleciere por cualquier causa y al momento de la ocurrencia del hecho se encontrara fuera de los límites territoriales de la República de Honduras; el o los beneficiarios o sus herederos legales, tendrán derecho a solicitar a La Aseguradora, hasta un 30% (treinta por ciento) de la suma asegurada contratada por la Cobertura Básica Muerte por Cualquier Causa e indicada en las Condiciones Particulares de la póliza; dicho monto será deducido de la suma asegurada que corresponde a la cobertura básica.

1.1.2.4.- Aspectos Importantes de los Beneficios adicionales a la cobertura básica.

- Estos Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica, son gratuitos y automáticos.
- Si previo al fallecimiento del Asegurado, se hubiere otorgado indemnización por anticipación de sumas aseguradas según estas coberturas adicionales a la Cobertura Básica, se le entregara al o los beneficiario(s) designado(s) y expuesto(s) en las Condiciones Particulares o Certificado Individual, la diferencia entre la suma asegurada contratada para la cobertura básica menos las indemnización(es) ya otorgada(s).
- Si por las indemnizaciones de anticipación de sumas aseguradas otorgadas por los diferentes beneficios adicionales, se llegare a completar la suma asegurada de la Cobertura Básica Muerte por

Cualquier Causa, la Póliza o el Certificado Individual, se cancelará automáticamente.

1.2.- Coberturas que pueden Contratarse por medio de Convenio Expreso y Pago de Prima Adicional:

1.2.1.- Muerte Accidental

En caso que El Asegurado falleciere de manera accidental, mediante el pago de una prima adicional especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza, La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado, una suma igual adicional a la que corresponde para la Cobertura Básica Muerte por Cualquier Causa; lo que significa, que el o los beneficiarios recibirán dos veces la suma asegurada contratada para la Cobertura Básica Muerte por Cualquier Causa.

De igual manera, la Aseguradora indemnizará a los beneficiarios designados, en caso que la muerte del Asegurado, como consecuencia de lesiones corporales producidas por accidente, cuando este se produzca dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días posteriores a la fecha del accidente.

1.2.2.- Pago Anticipado de Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente a causa de Accidente o enfermedad.

Mediante el pago de una prima adicional señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza y si como consecuencia de enfermedad o accidente sufrido por El Asegurado, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días de ocurrido el accidente, éste quedara con una incapacidad total permanente; El Asegurado, tendrá derecho a solicitar a la Aseguradora, el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa; beneficio que se otorgará/indemnizará bajo la modalidad de hasta doce (12) pagos iguales mensuales y consecutivos o de acuerdo a lo convenido con el Contratante y estipulado en las condiciones particulares. Dicha Cobertura se hará efectiva a partir de la fecha en que sean admitidas por

la Aseguradora, las pruebas de la existencia de la Incapacidad Total y Permanente.

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

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

1.2.3.- Renta Diaria por Hospitalización.

La Aseguradora pagará la indemnización diaria, según el número de días de hospitalización presentado, convenida en las Condiciones Particulares de esta Póliza por cada día de estancia de hospitalización a consecuencia de enfermedad o accidente amparados por la póliza, contando a partir del ingreso del asegurado al Centro Hospitalario.

Se entenderá por hospitalización la estancia continua mayor a veinticuatro (24) horas en un hospital debidamente establecido y autorizado por la Secretaria de Salud para brindar este tipo de atenciones (hospitalización), siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para el padecimiento amparado, a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.

Las primeras veinticuatro (24) horas (primer día estancia), serán aplicadas como deducible.

El período de cobertura máximo es de treinta (30) días estancia anual, pudiendo ser estos días consecutivos o días fraccionados.

La cantidad de días por concepto de hospitalización, será con base a los días razonables y acostumbrados, tomando como día base el inicio de la hospitalización.

Si el gasto diario de hospitalización resultare inferior a lo pactado bajo el presente convenio como renta diaria, la responsabilidad de la Aseguradora se limitará al pago de la cantidad que resulte menor.

1.4.- Período de Carencia

La cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa (en lo que refiere a Muerte Natural como consecuencia de enfermedades preexistentes) comienza después de transcurrido un período de seis (6) meses, contados a partir del inicio de la vigencia de esta Póliza o a partir de la inclusión al grupo asegurado.

Dicho período de carencia, queda sin efecto, cuando la muerte ocurre por un accidente posterior al inicio de vigencia de la Póliza o la inclusión al grupo asegurado, por tanto, la muerte accidental queda amparada desde el primer día de su aseguramiento. También queda sin efecto este período, cuando el Asegurado hubiera pertenecido a un seguro de grupo y se le haya otorgado la continuidad de cobertura.

1.5.- Modalidades de Contratación

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

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

El Contratante podrá seleccionar entre las siguientes alternativas:

1.4.1. Modalidad Individual: se conviene con una persona natural a su propio nombre.

1.4.2. Modalidad Colectiva: se conviene con Empresas, Instituciones, Asociaciones, se suscribe por una persona natural o jurídica a nombre

de la Entidad Contratante (Representante Legal) en nombre y a favor de otras; y las inclusiones se realizan de acuerdo a su solicitud.

Se garantiza en ambas modalidades la entrega de un Certificado Individual a cada miembro asegurado.

Se brinda cobertura a grupos de personas conforme listado proporcionado por un contratante.

En dependencia de las características del o los asegurados y de las Condiciones pactadas con el Contratante, se determinará si la inclusión al grupo asegurado se hará mediante una suscripción con declaraciones individuales o bien mediante cargas masivas donde no existe una declaración individual y el proceso de suscripción es simplificado. En ambos casos, a cada asegurado se le entregará un certificado con las especificaciones del seguro tomado.

CLÁUSULA No. 2: EXCLUSIONES

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

- a) Acciones y operaciones militares de guerra (declarada o no), invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, sedición, conspiración militar, terrorismo, tumultos populares relacionados o no en cualquier forma con motivos políticos, huelgas, asonada, motín, golpe militar, por aplicación de leyes de emergencia, usurpación o intento de poder, sabotaje, detención por o bajo la orden de cualquier gobierno o autoridad pública o local, alteraciones del orden público y delitos en contra de la constitución política del estado. En todos estos casos se aplicará la exclusión, sea que El Asegurado participe o no en tales hechos.
- b) Riesgos atómicos o nucleares.

- c) **Acciones o actos delictuosos, infracciones graves a las leyes, ordenanzas y reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.**
- d) **Cualquier siniestro relacionado con aviación privada, y deportes peligrosos incluyendo motociclismo.**
- e) **Suicidio, ya sea voluntaria o involuntariamente, y esté o no El Asegurado en su sano juicio.**
- f) **Actividades militares, policiales, de seguridad o de bomberos, en las que participe el (los) asegurado(s).**
- g) **Participación del o los asegurados como conductor(es) o pasajero(s) en automóvil o cualquier otro vehículo, en competencias o pruebas de velocidad.**

2.1.- EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

2.1.1.- Exclusiones Específicas para la Cobertura de Muerte Accidental, adicionales a las exclusiones generales

La cobertura que proporciona este documento no cubre la muerte o lesiones que se deriven de un accidente resultante de o que tenga su origen en uno de los siguientes hechos:

- 1. Asfixia o por haber ingerido cualquier clase de veneno o aspirado gases, voluntariamente.**
- 2. Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra(s) persona(s) vinculada(s) o no con El Asegurado (Incluyendo homicidio o tentativa de homicidio).**
- 3. Accidente que se produzcan cuando El Asegurado esté tomado de bebidas alcohólicas, que se verifique un consumo igual o superior a los 0.07mg (miligramos) de alcohol /1000mi (mililitros) de sangre, establecidos en la Escala Internacional Prohibitiva a que hace referencia la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, mientras se encuentre en estado de sonambulismo o bajo las influencias de drogas de cualquier tipo, a menos que se le hubieran administrado por prescripción médica.**

4. Todo siniestro relacionado con trabajo de minería y uso de explosivos.
5. Infracción grave de leyes, reglamentos y ordenanzas.
6. Actos notoriamente peligrosos, salvo tentativa de salvaguarda de su vida o bienes.

2.1.2.- Exclusiones Específicas para la Cobertura de Incapacidad Total, adicionales a las exclusiones generales.

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

1. Que la incapacidad sea causada por una enfermedad preexistente o que se origine antes de haber transcurrido seis (6) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza o de la fecha de ingreso al grupo asegurado, teniendo prelación la fecha que fuere anterior.
2. Actos provocados intencionalmente por el (los) asegurado(s).
3. Enfermedades psíquicas de cualquier naturaleza.
4. Todo siniestro relacionado con trabajo de minería y uso de explosivos.
5. El o los Asegurado(s) que se encuentre (n) gozando del beneficio de jubilación o pensión por invalidez, ya sea esta por institución público o privada.

2.1.3.- Exclusiones específicas para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización, adicionales a las exclusiones generales.

1. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida y sus complicaciones, o cualquier otra enfermedad provocada por el mismo.
2. Maternidad: Incluyendo los gastos por internación que se lleve a cabo durante el embarazo, el parto y hasta dentro de los cuarenta y cinco (45) días después del parto, si dicho internamiento es a causa del embarazo.
3. Alteraciones mentales y/o nerviosas.
4. Hospitalizaciones por revisiones de rutina para diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopias o fisioterapia, etc. Salvo que los mismos sean

necesarios por un padecimiento en la salud del Asegurado y que fuere necesaria la hospitalización.

5. Cirugía plástica para condiciones preexistentes
6. Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza y/o por accidente ocurrido en la vigencia de la póliza.
7. Cura de reposo y/o centros de rehabilitación por tratamientos de alcoholismo y drogadicción.
8. Tratamientos por obesidad salvo por tratamiento médico a causa de enfermedad.
9. Rejuvenecimiento en sus diversas modalidades.
10. Lesiones que se produzcan cuando El Asegurado esté tomado de bebidas alcohólicas, que se verifique un consumo igual o superior a los 0.07mg (miligramos) de alcohol /1000mi (mililitros) de sangre, establecidos en la Escala Internacional Prohibitiva a que hace referencia la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, mientras se encuentre en estado de sonambulismo o bajo las influencias de drogas de cualquier tipo, a menos que se le hubieran administrado por prescripción médica.
11. Lesiones que el asegurado sufra cuando se encuentre bajo los efectos de drogas o estimulantes no prescritos medicamente.

CLÁUSULA No.3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A., en adelante la Aseguradora, a cambio del pago de la prima convenida y con base en las Condiciones Particulares, el Contratante nombrado como tal en las mismas, convienen en celebrar el presente Contrato de **SEGURO DE VIDA PROTECCIÓN FAMILIAR**.

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

CLÁUSULA No. 4: DEFINICIONES

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

1. **Accidente:** Acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria que produce daños en las personas o en las cosas.
2. **Actividad Económica:** El giro o finalidad del negocio u ocupación del Asegurado.
3. **Asegurado:** Persona natural o jurídica cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta póliza, y a quien le corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en ella.
4. **Anexo o Endoso:** Texto agregado a la póliza y autorizado por La Aseguradora para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones. Forma parte inseparable de las condiciones del contrato.
5. **Beneficiario:** Persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.
6. **Condiciones Particulares:** Representan las condiciones específicas del riesgo 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. **Contratante:** Sociedad mercantil autorizada, perteneciente al sistema financiero responsable por la emisión, operación, procesamiento y comercialización de las mismas, y es quien suscribe con SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A.

8. **Enfermedad Terminal:** Es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis (6) meses).
9. **La Aseguradora:** SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A.
10. **La Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras.
11. **Muerte:** Es el fallecimiento del Asegurado por enfermedad o accidente del tomador y/o Asegurado.
12. **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 Asegurado y la Aseguradora.
13. **Riesgo:** Es la posible ocurrencia por azar de un evento que produzca una necesidad económica y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza y obliga a la Aseguradora a efectuar la prestación, normalmente indemnización que le corresponde.
14. **Siniestro:** Es la manifestación concreta del riesgo asegurado que produce daños económicos y obliga a la Aseguradora a indemnizar al Asegurado o Asegurado Agregado, el capital garantizado para cada uno de los asegurados.
15. **Suma Asegurada:** Será la suma asegurada contratada por el Asegurado, pagadera a sus beneficiarios designados, conforme los registros que lleve éste y a su vez hayan sido avalados en su debido tiempo por la Aseguradora.

CLÁUSULA No. 5: LIMITES DE RESPONSABILIDAD

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

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

CLÁUSULA No. 6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

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

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

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

Si el Contratante y/o Asegurado demuestran que procedió sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad del contrato, mediante manifestación que hará el Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por la Aseguradora o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el contrato,

la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

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

- a. Si él mismo provoca la omisión o inexacta declaración;
- b. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido;

Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y

Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si el dato omitido quedase contestado con alguna otra declaración y ésta fuere omisa o inexacta en los hechos.

En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieren noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor de la Aseguradora las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero.

CLÁUSULA No. 7: PAGO DE PRIMA

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

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

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

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

CLÁUSULA No. 8: VIGENCIA

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

CLÁUSULA No. 9: BENEFICIARIOS

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

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

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

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

CLÁUSULA No. 10: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

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

1. El Contratante pagará a la Aseguradora en la fecha pactada, las primas que resulten de aplicar las tarifas mensuales por millar detalladas en las Condiciones Particulares de la Póliza al monto total de las sumas aseguradas que correspondan a los certificados emitidos, vigentes y de acuerdo a la forma de pago acordada.
2. Listado de Asegurados, incluyendo en el mismo la información general del cliente para el registro correspondiente en la base de datos de la Aseguradora, como ser nombre completo, número de tarjeta de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, dirección o domicilio, correo electrónico, número de teléfono fijo y móvil.
3. Los Asegurados que posteriormente a la celebración de este Contrato reúnan las condiciones de admisión, quedarán aseguradas a partir del día en que se cumplan las Condiciones dadas anteriormente y por la suma que corresponda para tales efectos.
4. Se obliga a enviar las solicitudes correspondientes a los nuevos ingresos a la Póliza y a realizar la entrega del certificado correspondiente al Asegurado.
5. Informará las bajas o cancelaciones que se le requieran por parte de los asegurados en sus oficinas a la Aseguradora, quien procederá a la cancelación y devolución de primas a pro rata temporis en caso de que aplique. Así mismo las modificaciones de suma asegurada y/o beneficiario y las solicitudes formales de los mismos.
6. Enviar con la solicitud de renovación una lista actualizada de los miembros a asegurarse detallando nombres y apellidos, número identificación, fecha de nacimiento y Suma Asegurada solicitada.

CLÁUSULA No. 11: PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Se establece como prohibiciones para el Contratante las siguientes:

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

CLÁUSULA No. 12: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca, a efecto de que ésta fije la sobre prima que pueda resultar en caso de aceptación del riesgo agravado. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora en lo sucesivo, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado.

CLÁUSULA No. 13: AVISO DEL SINIESTRO

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Contratante y/o los beneficiario (s), deben dar aviso por escrito a la Aseguradora inmediatamente de haberse producido cualquiera de los riesgos amparados, indicando la fecha, hora y circunstancias que los hayan producido, para lo cual gozarán de un plazo máximo de cinco (5) días hábiles calendario para dicho aviso (Art.No.1146 Código de Comercio).

La falta de éste permitirá disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente; si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del siniestro, el asegurador quedará liberado de sus obligaciones como tal.

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

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

En caso de Muerte por Cualquier Causa:

- a) Notificación del beneficiario (s) reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- c) Certificado de Defunción.
- d) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de Identidad del Asegurado y beneficiarios.
- e) Declaración del médico u hospital que asistió la enfermedad o el accidente.
- f) Copia del Certificado y solicitud de seguro del fallecido.
- g) Certificado de la Autoridad competente.

En caso de Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios:

- a) Notificación del beneficiario (s) reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- c) Certificado de defunción
- d) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de Identidad del Asegurado y beneficiarios.
- e) Copia del Certificado y solicitud de seguro del fallecido.
- f) Constancia medica o del patronato de la comunidad según aplique
- g) Inscripción de defunción

En caso de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal:

- a) Notificación del Asegurado reportando el siniestro.

- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- c) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de Identidad del Asegurado.
- d) Copia del Certificado y solicitud de seguro del fallecido.
- e) Certificado del médico tratante
- f) Historial clínico del Asegurado

Anticipo de la Suma Asegurada por Gastos de Repatriación de Restos Mortales:

- a) Notificación del (los) Beneficiario (s) reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- c) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de Identidad del Asegurado y beneficiarios.
- d) Copia del Certificado y solicitud de seguro del fallecido.
- e) Certificado de fallecimiento de la autoridad competente del país donde fallece el Asegurado.

En caso de muerte accidental:

- a) Notificación del beneficiario (s) reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- c) Certificado de Defunción.
- d) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de Identidad del Asegurado y beneficiarios.
- e) Copia del Certificado y solicitud de seguro del fallecido.
- f) Declaración del médico que asistió la enfermedad o el accidente.
- g) Si fue atendido en un hospital o clínica al momento de su fallecimiento presentar Constancia Original firmada y sellada por el Director de la institución, especificando diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de muerte.
- h) Copia del Certificado solicitud del fallecido.
- i) Certificado de la Autopsia original.
- j) Certificado del levantamiento del cadáver original.

- k) Constancia original de la autoridad competente
- l) Recortes de periódicos (si los hay)
- m) Informe original de parte de tránsito en caso de que sea Accidente vehicular.

En caso Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente a causa de Accidente o Enfermedad:

- a) Notificación del Asegurado reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- c) Copia del Certificado y solicitud de seguro del fallecido.
- d) Certificación médica del último médico tratante u hospital (en el caso de Invalidez Total y Permanente).
- e) En caso de gozar de Seguro Social, presentar el dictamen de la Junta de invalidez.

En caso de Renta Diaria por Hospitalización:

- a) Notificación del Asegurado reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- c) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de Identidad del Asegurado.
- d) Copia del Certificado y solicitud de seguro del fallecido.
- e) Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la internación haya sido prescrita por un profesional médico.
- f) El Asegurado deberá informar directamente a la Aseguradora de cualquier internación en un establecimiento asistencial dentro de los 5 días de haberse efectuado, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- g) La Aseguradora debe contar, dentro de los 30 días de la fecha de alta del Asegurado, salvo caso de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico, tratamiento efectuado y cantidad de días de internación, acompañado de la documentación de respaldo originada en certificaciones, documentos y facturas.

Cualquier otro documento que requiera la Aseguradora para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

En los casos que por razones ajenas o no imputables al Asegurado ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificaciones por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los documentos requeridos en el plazo otorgado en esta Cláusula, o si se demuestra ante la Aseguradora la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

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

CLÁUSULA No. 14: TERMINACIÓN ANTICIPADA

- a. Cuando el grupo asegurado llegue a representar menos de 5 asegurados.
- b. La cobertura de la póliza terminará anticipadamente respecto a un Asegurado, en el instante que deje de pertenecer, formar parte o tener el vínculo con La Aseguradora.
- c. Al cumplimiento de la terminación de la vigencia del contrato, sin que haya sido renovado de conformidad con lo estipulado en la cláusula No.15 Renovación.
- d. Por el pago de indemnización de la suma asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- e. Cuando el Asegurado solicite por escrito la cancelación de la Póliza de Seguro.
- f. No obstante, el plazo de vigencia de esta póliza, las partes convienen en que ésta podrá darse por terminada en cualquier momento mediante aviso por cualquier medio escrito o electrónico con acuse o comprobación de recibo, dirigido a la contraparte. En caso que SEGUROS LAFISE HONDURAS S.A., cancele la póliza, ésta no podrá hacerse efectiva antes de transcurridos quince días después de recibida la comunicación por el Contratante o El Asegurado, salvo en el caso de cancelación por falta de pago de la prima.

CLÁUSULA No. 15: RENOVACIÓN

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

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

CLÁUSULA No. 16: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha de acontecimiento que les dio origen.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Aseguradora haya tenido conocimiento de él; y si se trata del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

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

CLAUSULA No. 17: CONTROVERSIAS.

Cualquier controversia o conflicto entre la Aseguradora y Asegurado sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes, por la vía de conciliación y arbitraje o por la vía judicial, conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

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

CLÁUSULA No. 18: COMUNICACIONES

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

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

CLÁUSULA No. 19: TERRITORIALIDAD

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

CLÁUSULA No. 20: SUICIDIO:

1. Para las pólizas contratadas con modalidad colectiva y el Asegurado no contribuye en el pago de prima del seguro, la cobertura será a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de ingreso al grupo asegurado, en su caso.

2. Para las pólizas contratadas con modalidad Individual, la fecha en que cumpla dos (2) años de haber estado continuamente amparado por el seguro, si El Asegurado contribuye en el pago de la prima.

En caso de muerte por suicidio del Asegurado antes de los dos (2) años de vigencia de póliza o su certificado individual, y este contribuyera en el pago de la prima, no se pagará la Suma Asegurada, y la responsabilidad de la Aseguradora será limitada únicamente a la devolución de la prima no devengada.

CLÁUSULA No. 21: EDAD

Las edades de admisión para la Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa, serán 18 a 70 años (ambas edades incluidas) respectivamente, con cancelación a los 75 años cumplidos.

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

Para el caso de las siguientes coberturas:

- Anticipo de Suma Asegurada por Gastos Funerarios
- Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal
- Anticipo de Suma Asegurada por Gastos de Repatriación de Restos Mortales

Aplican las edades de admisión y cancelación de la Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa.

Para el caso de las coberturas contratadas bajo convenio expreso:

1. **Muerte Accidental:** las edades mínimas y máximas de admisión serán 18 y 69 años cumplidos respectivamente, con cancelación a los 75 años cumplidos.

Nota: Cumplidos los 70 años, El Asegurado podrá continuar formando parte del grupo asegurado (en las siguientes renovaciones de su póliza) y quedará automáticamente excluido cuando este cumpla los 76 años de edad, lo

anterior tendrá validez siempre y cuando su permanencia en el grupo asegurado sea de forma ininterrumpida.

2. **Incapacidad Total Permanente a causa de accidente o enfermedad:** las edades mínimas y máximas de admisión para esta cobertura serán 18 y 69 años cumplidos respectivamente, con cancelación a los 70 años cumplidos.
3. **Renta diaria por Hospitalización:** las edades mínimas y máximas de admisión para esta cobertura serán 18 y 69 años cumplidos respectivamente, con cancelación a los 70 años cumplidos.

La edad del Asegurado se ha calculado según la fecha de nacimiento declarada en la solicitud y/o declaración y certificado individual, la cual debe ser igual a la indicada en el documento de identidad legítimo del Asegurado y esta deberá ser verificada únicamente en el transcurso de vigencia de la Póliza, no en el momento de la reclamación. Si la edad no fuere correcta, la Aseguradora a su opción, ajustará la prima a pagar sobre ésta Póliza de acuerdo con la edad verdadera, aplicándose las siguientes normas:

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

Aseguradora la prima que corresponda conforme el ajuste de primas que se efectúe, desde el inicio de vigencia.

- El mismo criterio, anteriormente establecido, será aplicado a los asegurados que en la renovación sobrepasen los límites de edad establecidos.

CLÁUSULA No. 22: PERÍODO DE GRACIA

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

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

CLÁUSULA No. 23: REHABILITACION

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

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

CLÁUSULA No. 25: INDISPUTABILIDAD

En los seguros de vida es lícita la cláusula de indisputabilidad, por la que la empresa renuncia a impugnar la póliza, desde su emisión, a no ser por motivos derivados de falsas declaraciones que modifiquen esencialmente el riesgo.

CLÁUSULA No. 24: CERTIFICADOS INDIVIDUALES

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

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

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

CLÁUSULA No. 25: MONEDA

Se conviene que todos los pagos que realice el Asegurado a la Aseguradora 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 ya sea Lempiras o Dólares.

CLÁUSULA No. 26: 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. 27: 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.