

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

Esta Póliza cubre, únicamente, los riesgos que en forma expresa se indican en las condiciones Particulares, siempre que la causa directa y única del siniestro fuere un accidente amparado por la Póliza.

Las coberturas amparadas por esta póliza son:

I. MUERTE ACCIDENTAL:

Cuando a causa de un accidente se produzca la muerte inmediata del Asegurado, o que una lesión corporal provocada por dicho accidente causare la muerte del mismo dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente, la Aseguradora pagará la suma asegurada, con deducción de las cantidades que hubieren abonado por Incapacidad Permanente Parcial en caso que se hubiese presentado esta condición.

II. INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL O TOTAL POR ACCIDENTE:

La Aseguradora pagará el 100% de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, si a consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado, dentro de los Trescientos Sesenta y Cinco (365) días contados a partir de la fecha del accidente, éste quedare con una Incapacidad Permanente Total o Parcial, salvo los casos en que el grado de incapacidad no pueda ser determinado por encontrarse aún en tratamientos de las lesiones sufridas o en recuperación de cirugías por consecuencia directa de dicho accidente.

Al presentar el reclamo por incapacidad, el Asegurado deberá adjuntar las pruebas médicas de su condición de salud que respalden su reclamación, (Resumen Clínico, Epicrisis Médica, Exámenes, Diagnósticos), no obstante, la Aseguradora tendrá derecho a comprobar en este periodo por su cuenta la existencia de la Incapacidad Permanente Total o Parcial, a través de un médico acreditado por la autoridad competente para realizar este tipo de evaluaciones que dictamine y certifique el grado de incapacidad del Asegurado. Así mismo, en caso de discrepancia, el Asegurado podrá apelar dicho dictamen presentando

otra valoración de un médico acreditado por la autoridad competente para realizar este tipo de evaluaciones y de quien no guarde ningún tipo de relación de consanguinidad o afinidad.

La Aseguradora pagará la suma correspondiente basándose en la Tabla de Indemnizaciones por Incapacidad Permanente Total o Parcial, incorporada a la presente póliza y que forma parte integrante de la misma.

Si durante el período de pago de la indemnización, por incapacidad parcial permanente, ocurriere el fallecimiento del Asegurado o su incapacidad total permanente y procediere el pago de la indemnización que corresponda a cualquiera de estos beneficios, la Aseguradora dejará de pagar la indemnización por incapacidad parcial permanente, tan pronto como hubiere efectuado el pago de la otra indemnización.

III. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

Si las lesiones sufridas por el Asegurado a causa de un accidente requiriesen asistencia médica, la Aseguradora reembolsará los honorarios médicos, exámenes auxiliares de diagnóstico (radiológicos, de imágenes, laboratorio), gastos farmacéuticos, ingresos hospitalarios médicos o quirúrgicos, que fueren necesarios, razonables, usuales y acostumbrados dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del accidente, o hasta el total de la suma asegurada contratada bajo esta cobertura, lo que acontezca primero; lo que deberá estar obligatoriamente expuesta en las Condiciones Particulares de la póliza.

El monto máximo a indemnizar para la cobertura de Reembolso de gastos médicos, será de un treinta por ciento (30%) de la suma asegurada para la cobertura de Muerte Accidental.

En caso que se presente reclamo afectando la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por accidente; se le aplicará a la indemnización el deducible hasta un 20% por cada evento, el cual será asumido por el Asegurado en cada evento. Dicha indemnización no excederá el límite máximo de la suma asegurada para esta cobertura.

1.1 RIESGOS CUBIERTOS

La presente póliza cubre la muerte accidental y lesiones a causa de accidente que pudieran ocurrir a los escolares asegurados, durante las veinticuatro (24) horas del día:

- a. En el recinto del centro educacional (vida estudiantil) o en su casa (vida particular)

- b. Mientras estuviere circulando o viajando a pie, a caballo, o en bicicleta sin motor.
- c. Mientras estuviere haciendo uso como pasajero de cualquier medio habitual para el transporte escolar o público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo (en aeronaves que pertenezcan a una línea comercial y cuyo viaje esté sujeto a itinerario fijo).
- d. Mientras estuviere haciendo uso como pasajero de automóviles o motocicletas particulares (incluyendo de dos, tres o cuatro ruedas).
- e. Mientras practique como aficionado los siguientes deportes: atletismo, baloncesto, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras o por senderos, escalar paredes o montañas, gimnasia, golf, handball, hockey de campo, natación, patinaje, ping-pong, pesca a menos de cinco (5) kilómetros de la costa, remos, tenis, tiro (en polígonos habitados), volley-ball, water-polo, fútbol y béisbol.

1.2 TIPOS DE CONTRATANTE O MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO

Para efectos de esta póliza se considerarán contratantes:

a. Padres o tutores legales:

Contrato Escolar Individual; se conviene con una persona natural a su propio nombre y a favor de su hijo o representado (estudiante).

Contrato Escolar Colectivo Familiar; se conviene con una persona natural a su propio nombre, a favor de sus hijos o representados (estudiantes) inscritos en la Póliza; con al menos dos hijos o más hijos.

b. Centro educacional:

Contrato Escolar Colectivo Colegial - para Centros Educacionales (Escuelas o Colegios); se suscribe por una persona natural o jurídica (a nombre del Centro Escolar o de su Representante Legal) en nombre y a favor de otras, como es el Colectivo de Estudiantes. Para la contratación de esta modalidad, se requiere que al menos el 75% del total de alumnos, sean inscritos en la póliza.

1.3 GRUPOS ASEGURABLES

Se consideran Grupos asegurables aquellos que se encuentran conformados por dos (2) o más estudiantes de educación pre-escolar, primaria o secundaria (incluye años Básicos y Bachillerato) y cuyo contratante sea cualquiera de los padres, tutor legal o representante legal del Centro Educacional donde estudie.

En caso de ser el contratante un representante legal del Centro Educacional, se entenderá que el grupo asegurable deberá estar constituido con al menos el 75% del total de alumnos inscritos en dicho centro.

CLÁUSULA No. 2. EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si la muerte del Asegurado o las lesiones que sufra, se deben directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- a. Cuando el Asegurado deje de ser estudiante o haya cumplido diecinueve (19) años de edad.
- b. Acciones u 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, usurpación o intento de usurpación de poder, sabotaje, detención por o bajo la orden de cualquier gobierno o autoridad pública o local, alteraciones del orden público o local y delitos contra la Constitución Política del Estado. En todos estos casos se aplicará la exclusión, sea que el Asegurado participe o no en tales hechos.
- c. Energía nuclear o atómica, radiación ionizante o combustión nuclear.
- d. Servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional, ya sea en tiempo de paz o de guerra. En caso que el Asegurado entrare en tal servicio, deberá notificarlo por escrito a la Aseguradora, quien devolverá la prima a prorrata que corresponda por cualquier periodo en que preste dicho servicio durante la vigencia de la póliza.
- e. Actos provocados intencionalmente por el Asegurado, tales como suicidio, tentativa de suicidio o lesiones causadas a sí mismo por el Asegurado o que la causaren él o los beneficiarios (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) cualquiera que sea el estado mental del Asegurado o beneficiarios.
- f. Participación activa del Asegurado en delitos, duelos, riñas, y vendettas. No quedan comprendidos en esta exclusión los actos de legítima defensa comprobada ante las autoridades judiciales.
- g. Muerte o lesiones causados por accidentes ocasionados por ataques cardíacos, epilépticos, sonambulismo, síncope u otra enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la póliza.
- h. Accidentes que se produzcan a causa de estado de embriaguez con una concentración igual o mayor a 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre, o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, a menos que estas se le hubieran administrado por prescripción médica. El estado de

embriaguez y la influencia de drogas podrán ser determinadas por un centro médico hospitalario o por la autoridad competente. En caso de accidentes de tránsito y de conformidad con la Ley 431, “Ley para el régimen de circulación vehicular e infracciones de tránsito”, sus reformas y adiciones, las pruebas o examen para determinar el grado de alcoholemia o influencia de drogas deberán ser efectuadas por el Agente de Tránsito utilizando un alcoholímetro o por el Instituto de Medicina Legal, el Laboratorio de Criminalística de la Policía Nacional o por Centros de Análisis debidamente autorizados por el Ministerio de Salud a costa del ciudadano involucrado. En los casos en que el Asegurado se niegue a la realización del examen de alcoholemia o las condiciones y circunstancias físicas lo impidan, se levantará un acta con la presencia de tres testigos plenamente identificados por la autoridad en el lugar y que se deberá anexar al expediente. La negativa a la realización del examen de alcoholemia constituye presunción de estado de ebriedad.

- i. **Infracción grave de leyes, reglamentos y ordenanzas.**
- j. **Actos notoriamente peligrosos, salvo tentativa de salvamento de vida o bienes.**
- k. **Muerte o lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona.**
- l. **Enfermedades o padecimientos corporales o mentales, de cualquier naturaleza, aún cuando la enfermedad o padecimiento tenga su origen en un accidente que sea la causa precipitante. También se excluyen las consecuencias de exámenes, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de cualquier clase y las infecciones bacterianas excepto las resultantes de lesiones corporales externas y accidentes cubiertos por esta póliza.**
- m. **Estudiantes que no dependan económicamente de sus padres o tutores, que sean casados o en unión de hecho o que no vivan bajo el mismo techo de sus padres o tutores.**
- n. **Estudiantes Universitarios, estudiantes de Institutos de Carreras Técnicas post-bachillerato; independientemente cumplan con los requisitos de edad y condicionalidades.**

CLÁUSULA No. 3. FORMAN PARTE DEL CONTRATO

La Aseguradora y el Contratante y/o el Asegurado, acuerdan en celebrar el contrato del Seguro de Accidentes Personales Escolares Individuales y Colectivos, el cual está integrado por la Solicitud de Aseguramiento, las Condiciones Particulares, las presentes Condiciones Generales, los Adendos que se le adhieran y cualquier documento suscrito por el Contratante y/o el Asegurado que hubiere servido de base celebrar o modificar el contrato.

Es entendido y convenido que, en orden de prioridad, los adendos o anexos prevalecen sobre las Condiciones Particulares y éstas prevalecerán sobre las Generales, en todo lo que sea opuesto en estos documentos.

Para todos los efectos legales, en lo sucesivo a Seguros LAFISE, se le denominará “la Aseguradora” y al contratante la persona solicitante del seguro.

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, en algún anexo o sección.

- 1) Actividad Económica:** El giro o finalidad del negocio u ocupación del Asegurado.
- 2) Accidente:** A efectos de la cobertura se entenderá por Accidente, todo acto o hecho que se derive de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria que produce daños al Asegurado, que provoque una lesión corporal en forma de contusión y/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.
- 3) Anexo o Endoso:** Texto agregado a la póliza y autorizado por la Aseguradora para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones. Forma parte inseparable de las condiciones del contrato.
- 4) Asegurado:** El o los nombres de las personas naturales que aparecen en las condiciones particulares como Asegurado(s) y que forma parte del grupo asegurable.
- 5) Beneficiario:** Las personas natural (es) o jurídica (s) que aparece en los certificados individuales; que de acuerdo con las condiciones de la póliza recibirá el pago o beneficio después de la ocurrencia de un siniestro.
- 6) Certificado Individual:** Al documento que se emite a favor de la persona individual que se adhiere al Seguro Colectivo de Accidentes Personales.

- 7) 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.
- 8) Contratante:** Es la empresa, institución o persona jurídica que suscribe con la Aseguradora el contrato de seguro (Póliza).
- 9) CNBS:** Comisión Nacional de Bancos y Seguros.
- 10) Aseguradora:** SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A.
- 11) Grupo Asegurado:** Al conjunto de personas que, satisfaciendo las características del Grupo asegurable, están cubiertas por este Seguro Colectivo de Accidentes Personales.
- 12) La Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras.
- 13) Muerte Accidental:** Es el fallecimiento del Asegurado por accidente del tomador y/o Asegurado.
- 14) 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 Aseguradora.
- 15) 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 Aseguradora a efectuar la prestación, normalmente indemnización que le corresponde.
- 16) Siniestro:** Es la manifestación concreta del riesgo previsto en la póliza, y que motiva el pago del beneficio cubierto, obligando a la Aseguradora a satisfacer total o parcialmente al Asegurado y/o beneficiario, el capital garantizado en el contrato.

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

El pago de la prima se acreditará en un recibo oficial de la Aseguradora firmado por los funcionarios de la misma y refrendado por el colector autorizado, manteniéndose en

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.103/19-10-2020.

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.

Vigencia del Certificado Individual:

La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, la cual se hará constar en el mismo y termina el día de la finalización de la vigencia de la Póliza o por la baja del Asegurado. Dicho período comienza a las doce (12) horas del día de inicio y termina a las doce (12) horas del día de finalización de la vigencia del Certificado.

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 Díez (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. Presentar a la Aseguradora el 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

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.103/19-10-2020.

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

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.

ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

Altas de Asegurados:

Cada miembro elegible que se encuentre en servicio activo y que haya llenado su Consentimiento, en el formulario aprobado por la Aseguradora, para participar en el plan de Seguros y que acuerde pagar las contribuciones requeridas, si corresponde, quedará Asegurado a partir del momento en que La Aseguradora reciba el Consentimiento y lo notifique al solicitante, sujeto a las estipulaciones que se indican a continuación:

Un miembro es activo cuando se encuentra formando parte, legalmente, del Grupo Asegurable y que no se encuentre incapacitado o limitado por cualquier causa para efectuar sus labores diarias.

La Aseguradora cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. La Prima por cada miembro asegurado, se determinará tomando en cuenta meses completos, a partir del mes siguiente al que causó alta.

Bajas de Asegurados:

Las coberturas particulares de un Asegurado conforme esta Póliza cesarán automáticamente:

- a) Si perdiera su calidad de miembro elegible para el Seguro.
- b) Por concluir su afiliación al Grupo Asegurable.
- c) Si caduca esta Póliza.
- d) Si el Asegurado deja hacer en su oportunidad cualquier contribución requerida.
- e) En la edad indicada en la Póliza.

En cualquiera de estos casos, la parte de la prima que resultare no devengada será restituida al Contratante por La Aseguradora, quien, si procede, la devolverá a la persona que se retira del seguro. La prima no devengada por cada miembro asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta meses completos, devengando La Aseguradora la prima correspondiente al mes durante el cual causó la baja.

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.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de dicho accidente, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.103/19-10-2020.

presumiblemente el mismo accidente hubiere producido sin la mencionada causa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

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.

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.

En caso de muerte accidental deberá presentar:

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

- a) Notificación del Contratante y/o beneficiario (s) reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- c) Certificado de Defunción.
- d) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de Identidad del Asegurado y beneficiarios.
- e) Certificado de defunción del médico y/o hospital

- f) Copia del Certificado de la Dirección de medicina forense departamento de patología forense
- g) Certificado de la Autopsia original.
- h) Certificado del levantamiento del cadáver original.
- i) Constancia original de la autoridad competente
- j) Recortes de periódicos (si los hay)

En caso de Incapacidad Permanente, Parcial o Total deberá presentar:

- a) Notificación del Contratante y/o beneficiario (s) reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- c) Certificación médica del último médico tratante u hospital, copia del expediente clínico.
- d) En caso de gozar de Seguro Social, presentar el dictamen de la Junta de Invalidez.
- e) Informe original de parte de tránsito en caso de que sea Accidente vehicular.

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

El Contratante o el asegurado accidentado deberán hacer llegar a la Aseguradora, dentro del plazo de aviso, un certificado médico expresando la causa y la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias conocidas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

Para las coberturas que aplica reembolso, tener presente que, en cumplimiento a las leyes tributarias del país, todo gasto que implique reembolso debe ser presentado con facturas originales que sean emitidas de acuerdo a las leyes vigentes para la tributación en Honduras. Se aceptarán los costos razonables y acostumbrados.

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

exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

La Aseguradora se reserva el derecho de hacer examinar al accidentado por un médico de su confianza, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección del hospital en que se encuentre internado el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. En caso de incapacidad el asegurado se obliga a someterse a los exámenes requeridos por la Aseguradora para este objeto, entendiéndose que la negativa del Asegurado, de sus familiares o beneficiarios, faculta a la Aseguradora para declinar la reclamación por ese solo escrito al Asegurado. Los plazos antes mencionados podrán ampliarse por la Aseguradora, siempre que se demostraré la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

En casos fatales, la Aseguradora 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 Aseguradora, exceptuando los honorarios del médico representante de los herederos.

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 cinco (5) asegurados.
- b. La cobertura de la póliza terminará anticipadamente respecto a un Asegurado, en el instante que deje de pertenecer, formar parte o tener el vínculo con la Aseguradora.
- c. Al cumplimiento de la terminación de la vigencia del contrato, sin que haya sido renovado de conformidad con lo estipulado en la cláusula No.8. Vigencia
- d. Por el pago de indemnización de la suma asegurada por el fallecimiento del Asegurado.

- e. Cuando el Asegurado solicite por escrito la cancelación de la Póliza de Seguro.
- f. No obstante, el plazo de vigencia de esta póliza, las partes convienen en que ésta podrá darse por terminada en cualquier momento mediante aviso por cualquier medio escrito o electrónico con acuse o comprobación de recibo, dirigido a la contraparte. En caso que la Aseguradora cancele la póliza, ésta no podrá hacerse efectiva antes de transcurridos quince días después de recibida la comunicación por El Contratante o El Asegurado, salvo en el caso de cancelación por falta de pago de la prima.
- g. Cuando el Contratante requiera la terminación anticipada a la vigencia, se realizará la devolución de prima a prorrata temporis.

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

CLÁUSULA 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 Asegurado o Contratante lo solicite por escrito con 30 días de anticipación al vencimiento de la póliza,

La renovación no procederá si la edad alcanzada del Asegurado se encuentra fuera de los límites de aceptación indicados en la Cláusula No. 21 Edad.

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 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.

CLÁUSULA No. 17. CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionado directa o indirectamente con este contrato, ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de conciliación arbitraje o por la vía judicial.

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

CLÁUSULA 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.

CLAUSULA No.20. TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE, PARCIAL O TOTAL

Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

TOTAL	
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no Permitieran al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100%
Pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos.	100%
PARCIAL	
CABEZA	
Sordera total e incurable de los dos oídos.	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal.	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior.	50%

MIEMBROS SUPERIORES	DERECH	IZQUIERD
	O	O

Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de una mano (Pseudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	30%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del anular o meñique	8%	6%
MIEMBROS INFERIORES (DERECHO O IZQUIERDO)		
Pérdida total de una pierna	55%	
Pérdida total de un pie	40%	
Fractura no consolidada de un muslo (Pseudoartrosis total)	35%	
Fractura no consolidada de una rótula (Pseudoartrosis total)	30%	
Fractura no consolidada de un pie (Pseudoartrosis total)	20%	
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%	
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%	
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%	
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%	
Anquilosis del empeine (Garganta del Pie) en posición no funcional	15%	
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5cm	15%	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3cm	8%	
Pérdida total del dedo de un pie	8%	
Pérdida total de otro dedo del pie	4%	

La pérdida parcial de los miembros y órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo que se hubiera producido por amputación total y anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratara del pulgar, y al tercer parte, por cada falange, si se tratara de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros y órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para muerte accidental. Cuando la incapacidad así establecida llegara al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente el 100% de la suma asegurada.

En caso de constar en la solicitud que el asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijadas para la pérdida de los miembros superiores.

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyeren una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

CLÁUSULA No. 21 EDAD

Es convenido que los límites de edad de admisión para este seguro son de dos (2) a dieciocho (18) años inclusive.

La edad declarada por el Asegurado, en la solicitud de seguro deberá comprobarse legalmente cuando la Aseguradora lo juzgue necesario. Si al ocurrir un accidente amparado por esta póliza, de esa comprobación resultare que la edad verdadera del asegurado es diferente que la declarada se procederá de la siguiente manera:

- I. Si dicha edad se encuentra dentro de los límites del contrato, el importe de los beneficios se modificará a las sumas aseguradas que con la prima cubierta se hubiere podido adquirir de acuerdo con la edad verdadera y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato, sin que el importe pueda sobrepasar las sumas descritas en las condiciones particulares.

En caso en que el importe de las sumas aseguradas sobrepase las sumas descritas en las condiciones particulares, la Aseguradora sólo tendrá la obligación de devolver las primas pagadas de más.

- II. Si la edad verdadera del asegurado se encuentra fuera de los límites el contrato quedará automáticamente rescindido y la obligación de la Aseguradora se reducirá a devolver únicamente el 70% de las primas anuales del período en que el asegurado estuvo con edad fuera de los límites de admisión o renovación, reservándose el 30% por concepto de gastos.

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 expiraran.

CLÁUSULA No. 23. REHABILITACIÓN

Si la póliza caduca por falta de pago de primas, puede ser rehabilitada en cualquier época durante el período de cobertura, respetando la vigencia originalmente pactada, siempre que reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por La Aseguradora, que el Asegurado Principal 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 Principal haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

CLAÚSULA No. 24. DEDUCIBLE

En caso de siniestro que amerite indemnización, el Asegurado siempre participará con el porcentaje o monto indicado en esta póliza en las condiciones particulares y especificación del riesgo o casilla de condiciones especiales, como "deducible".

Para los efectos de la participación anterior, el Asegurado deberá hacer efectivo el valor del pago del deducible correspondiente.

En caso que se presente reclamo afectando la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos; se le aplicará a la indemnización, **el valor indicado en las condiciones particulares de la póliza**, el cual será asumido por el asegurado en cada evento. Dicha indemnización no excederá el límite máximo de la suma asegurada para esta cobertura.

CLÁUSULA No. 25 MONEDA

El producto se comercializará en Lempiras (moneda oficial de la República de Honduras) o en Dólares Estadounidenses, por lo tanto las primas o cualquier dinero que ingrese por parte del cliente y siniestros que la Aseguradora, tenga que pagar, deberán ser cursados en la moneda en la cual se haya el seguro y se exponga en las Condiciones Particulares.

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar este Contrato, serán liquidadas según la moneda de contratación del seguro expuesta en las Condiciones Particulares; es decir, serán liquidables en lempiras moneda oficial de la República de Honduras o Dólares Estadounidenses; según se haya contratado el seguro y expuesto en las Condiciones Particulares.

La Prima Comercial y Prima a Cobrar (facturar al cliente), deberán estar expresados en las mencionadas monedas; según se haya contratado el seguro y expuesto en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA No. 26. LESIONES NO PREVISTAS

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyeren una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del Asegurado.

CLAUSULA No. 27. CASO DE ZURDOS

En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijadas para la pérdida de los miembros superiores.

CLÁUSULA No. 28. 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. 29. REPOSICIÓN

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

CLAUSULA No.30. PÓLIZA DE SEGURO Y ORDEN DE PRELACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Adicionalmente y para una adecuada interpretación de la Póliza de Seguro, se dispone el siguiente orden de prelación de la documentación: Las Condiciones Particulares y Certificados de Póliza tienen prelación sobre las Condiciones particulares; las Condiciones particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y la Condiciones Generales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro, cuestionarios o declaraciones realizadas por el Asegurado.

CLÁUSULA No. 31. 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 el 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.

Esta cláusula 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. 32. 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.