

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES “ADULTO MAYOR”

CONDICIONES GENERALES

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

Se considerarán aceptadas las ofertas de prórroga, renovación, modificación o restablecimiento de un contrato hechas en carta certificada, o cualquier otro medio escrito o electrónico con acuse de recibo. Si la Compañía no contesta dentro del plazo de quince (15) días contados desde el siguiente al de la recepción de la oferta, siempre que no estén en pugna con las disposiciones imperativas del Código de Comercio o de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

Los riesgos cubiertos por esta póliza se describen a continuación, las sumas aseguradas de cada riesgo cubierto son independientes es decir que la indemnización de una de las coberturas no disminuye la suma asegurada del resto.

1.1. MUERTE ACCIDENTAL:

Cuando a causa de un accidente cubierto se produzca la muerte inmediata del Asegurado, o que una lesión corporal provocada por dicho accidente causare la muerte del mismo dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del accidente, La Compañía pagará al o los beneficiario(s) designado(s), la suma asegurada convenida y estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Es estrictamente necesario que el fallecimiento del Asegurado acontezca dentro/hasta los 90 días naturales posteriores a la fecha del accidente; en caso falleciere en fecha posterior, por cualquier causa que fuere, no tendrá derecho a indemnización.

1.2. INDEMNIZACIÓN POR FRACTURAS:

Si durante la vigencia de la póliza y como consecuencia directa de un accidente cubierto, el Asegurado sufre una fractura, La Compañía pagará al

Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente al tipo de fractura; según la siguiente Tabla:

Fractura de	Porcentaje de la Suma Asegurada Contratada
Fémur	100%
Cadera	100%
Pelvis	100%
Espina	80%
Huesos del	80%
Tronco	
Tibia	60%
Peroné	60%
Tobillos	60%
Cráneo	50%
Huesos Faciales	40%
Húmero	25%
Radio	25%
Cúbito	25%

La Suma Asegurada para la Cobertura de Fracturas, será el 50% de la Cobertura de Muerte Accidental.

Para la Cobertura de Fracturas, se podrán indemnizar más de un siniestro al año, hasta agotar el 100% de suma asegurada por esta cobertura; en caso que el primer reclamo sea por fractura indemnizable al 100% según la tabla, se indemnizará únicamente tal evento. Sin embargo, en caso se diere un primer evento con indemnización menor al 100% de la suma asegurada según la tabla y posteriormente se de otro evento cuya indemnización corresponda al 100% de la suma asegurada, se indemnizara únicamente la diferencia.

El Asegurado deberá presentar su reclamo a la Compañía en un plazo no mayor a noventa (90) días naturales, contados a partir del día del accidente por el cual sufrió la fractura.

1.3. INDEMNIZACIÓN POR QUEMADURAS DEL SEGUNDO O TERCER GRADO:

Si durante la vigencia de la póliza y como consecuencia directa de un accidente cubierto el Asegurado sufre una quemadura de segundo o tercer grado, La Compañía indemnizara al Asegurado el 20% de la suma asegurada contratada para la cobertura de Muerte Accidental, siempre y cuando la quemadura de segundo o tercer grado que haya sufrido le afecte cuando menos un 20% de la superficie corporal.

El Asegurado deberá presentar su reclamo a la Compañía en un plazo no mayor a noventa (90) días naturales, contados a partir del día del accidente por el cual sufrió la quemadura.

CLÁUSULA No. 2 EXCLUSIONES:

Este Contrato no cubre la indemnización a consecuencia de:

- a) Accidentes o enfermedades que se produzcan mientras el Asegurado afectado, esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, naval, de seguridad o vigilancia.**
- b) Lesiones que se produzcan por la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar, revolución, alborotos populares.**
- c) Lesiones producidas por riña, con provocación por parte del Asegurado, o intencionalmente ocasionadas al Asegurado.**
- d) Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado.**
- e) Lesiones que se produzcan a consecuencia de navegación submarina.**
- f) Lesiones por deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aún las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.**
- g) Estados de demencia y perturbaciones del conocimiento.**
- h) Intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este Contrato, o por Accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.**
- i) Lesiones o Accidentes que se produzcan como consecuencia directa de Enfermedades ó padecimientos preexistentes.**
- j) Lesiones por infección, envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un Accidente Cubierto.**
- k) Suicidio o intento de suicidio o lesiones auto infligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que las provoquen.**
- l) Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- m) Accidentes que sean originados por participar en actividades como: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, parapente, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky, cualquier deporte aéreo.**
- n) Accidentes que se produzca mientras el Asegurado se encuentre en estado de embriaguez, siempre y cuando en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre sea iguales o mayores al límite establecido en 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.**

- o) **Asesinato o tentativamente de asesinato, entendiéndose por éste, el cometido en agravio del Asegurado que evidencie la voluntad de dicho tercero de privar la vida del Asegurado, existiendo alevosía, ensañamiento o interés económico.**
- p) **Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto.**
- q) **Lesiones en donde los tratamientos no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar en que se hubieran prescrito o brindado y aquéllos que, por su naturaleza, se consideren experimentales.**
- r) **Diagnósticos por quiroprácticos, acupunturistas, naturistas, micro bióticos.**
- s) **Cualquier servicio médico prestado por familiares del Asegurado.**
- t) **Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.**
- u) **El Médico tratante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.**

CLÁUSULA No. 3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO:

El Contrato de Seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Compañía y se prueba por medio de la Solicitud firmada del Asegurado a la Compañía, que es la base de este Contrato, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, y anexos que formen parte de la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA No. 4 DEFINICIONES:

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

- 1) **Compañía** – SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A.
- 2) **Asegurado:** El nombre de la personas natural que aparecen en las condiciones especiales o particulares como asegurado.
- 3) **Beneficiario:** Las personas natural (es) 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.
- 4) **Actividad Económica:** Es la ocupación u profesión del Asegurado.
- 5) **Condiciones Especiales o Particulares:** Condiciones anexas a ésta póliza y que forman parte inseparable de ella donde se detallan los datos generales del Asegurado, sumas aseguradas, primas, vigencia de la póliza, coberturas, exclusiones, tasas y otros detalles.

- 6) **La Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras.
- 7) **Anexo o Endoso:** Texto agregado a la póliza y autorizado por la Compañía para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones. Forma parte inseparable de las condiciones del contrato.
- 8) **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 Compañía
- 9) **Riesgos:** Es la posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que produce una necesidad económica y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza y obliga a la Compañía a efectuar la prestación, normalmente indemnización que le corresponde.
- 10) **Siniestro:** Es la manifestación concreta del riesgo previsto en la póliza, y que motiva el pago del beneficio cubierto, obligando a la Compañía a satisfacer total o parcialmente al Asegurado, el capital garantizado en el contrato.
- 11) **Accidente:** Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada y que produzca lesiones corporales que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.
- 12) **Accidente Cubierto:** Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, ajeno a la voluntad de la persona asegurada, que produzca lesiones corporales al Asegurado, que ameriten tratamiento médico o quirúrgico, o que le causen la muerte, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en ella. Todas las lesiones sufridas en un accidente, se considerarán como un sólo evento.
- 13) **Muerte:** Es el fallecimiento del Asegurado, ya sea por accidente o enfermedad. Para los casos de “Muerte presunta”, ésta póliza se regirá por lo establecido en el Código Civil y cualquier otra ley que regule al respecto al momento de ocurrir el siniestro
- 14) **Fractura:** Una fractura es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea. La fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. El término es extensivo para todo tipo de rotura de los huesos, en que el hueso se destruye amplia y evidentemente.

- 15) **Quemaduras:** Se considera quemadura de segundo o tercer grado, aquella en la que se produce destrucción del tejido de la piel involucrando los folículos pilocebaceos y las glándulas sudoríparas, comprometiendo la capacidad de regeneración cutánea, siendo necesarios los injertos de piel.
- 16) **Hospital, Sanatorio o Clínica:** Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.
- 17) **Médico:** Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico, designado para proporcionar atención médica al Asegurado, teniéndolos bajo su cargo y atención directa.
- 18) **Personas Asegurables:** Son aquellas que reúnen los requisitos para ser aseguradas bajo pólizas de Accidentes Personales de acuerdo con las reglas vigentes en la Compañía.
- 19) **Personas Aseguradas:** Son aquellas personas asegurables que habiendo llenado sus declaraciones individuales, a la fecha de inicio de la vigencia de este Contrato, sean personas hasta 90 años de edad, que ya no estén laborando para alguna empresa.
- 20) **Suma Asegurada:** Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada cobertura, a consecuencia de un Accidente Cubierto que ocurra dentro de la Vigencia de la póliza, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula, endosos y condiciones generales de la póliza.
- 21) **Prima:** Es la contraprestación monetaria prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Asegurado y a favor de la Compañía.
- 22) **Reclamación:** Es el trámite que realiza el Asegurado a la Compañía, para obtener las indemnizaciones que correspondan a este Contrato a consecuencia de un Accidente Cubierto. La Compañía define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.
- 23) **Renovación:** Emisión consecutiva de la póliza por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.
- 24) **Exclusiones:** Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza, y que se encuentren expresamente indicadas en esta contrato y/o documentación contractual.
- 25) **Enfermedades Preexistentes**
Enfermedades que con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado afectado, hayan sido diagnosticadas por un Médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran preexistentes aquellas:

- a) Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

Criterio de Preexistencia

El criterio para determinar que un accidente fue a causa de una enfermedad preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

CLÁUSULA No. 5 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD:

Es la suma asegurada estipulada en cada cobertura en las condiciones particulares que representa el límite máximo de responsabilidad de la Compañía en caso de indemnizar un siniestro amparado por esta póliza.

Límites de Suma asegurada:

Desde US\$. 2,500.00 o su equivalente en Lempiras
Hasta US\$. 50,000.00 o su equivalente en Lempiras

CLAUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS:

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Compañía no habrían dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado del Asegurado, serán causas de anulación del contrato, cuando el Asegurado haya

obrado con dolo o con culpa grave.

La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

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

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

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

- I. Si él mismo provoca la omisión o inexacta declaración;
- II. Si la Compañía conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido;
- III. Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y
- IV. Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la Compañía 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.

CLÁUSULA No. 7 PAGO DE PRIMA:

La Prima de esta póliza será la tarifa en vigor a la fecha de inicio de la póliza según la edad del Asegurado.

La Prima de la póliza vence en el momento de la celebración del Contrato y salvo pacto en contrario se entenderá que el periodo de seguro es de 12 meses.

La prima se determinará de acuerdo al Rango de edad alcanzada del Asegurado, tanto al inicio de la primera emisión de la póliza como en las renovaciones, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, según la siguiente tabla:

Rangos de Edad

50 a 59 años

60 a 64 años

65 a 74 años
75 a 90 años

La unidad de la prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Asegurado la pague de manera fraccionada, en periodos de igual duración no inferiores a un mes.

Para todo efecto contractual, se tendrá como domicilio de pago a las oficinas de la Compañía u otro lugar dispuesto por éste contrato para tal efecto.

CLÁUSULA No. 8 VIGENCIA:

El período de vigencia de esta póliza será anual (doce meses), El inicio de vigencia será a partir de las 12:00 horas del primer día del período de seguro contratado y la terminación de vigencia será a las 12:00 horas del último día del período de seguro contratado, o antes en los casos de terminación anticipada previstos en esta póliza.

CLÁUSULA No. 9 BENEFICIARIOS:

El Asegurado en cualquier tiempo durante la vigencia de la póliza puede cambiar sus Beneficiarios sin necesidad de consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a La Compañía y ésta lo haga constar en la póliza o mediante el endoso correspondiente; sin embargo, el derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de este derecho y además, lo comunique al beneficiario y a la Compañía. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

El cambio de Beneficiarios deberá ser registrado en la oficina principal de La Compañía una vez registrado surtirá efecto desde la fecha de notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

Si existen varios Beneficiarios designados y alguno muere antes que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá entre los Beneficiarios sobrevivientes en la siguiente forma: a) por partes iguales si no hubiera señalado cuota, b) en proporción a sus respectivas cuotas en caso de haberlas. Todo ello sin perjuicio de pacto en contrario.

Si ningún Beneficiario sobrevive al momento que fallezca el Asegurado, si éste fallece sin haber designado Beneficiarios, la suma asegurada se pagará a sus herederos.

CLÁUSULA No. 10 AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

Si dentro de la vigencia de esta póliza, el Asegurado cambiare la profesión, ocupación o de actividad distintas declaradas en la presente póliza, deberá comunicar toda agravación esencial del riesgo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que la conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, permitirá a la compañía dar por cancelada esta póliza y su responsabilidad.

Se presume que la agravación es esencial cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal manera que la compañía no habría dado su consentimiento o la habría dado en condiciones distintas si al celebrarse el contrato hubiera conocido una agravación análoga

Si el Asegurado sufre lesiones mientras esté ejecutando algún acto propio de la nueva ocupación o profesión no declarada durante la vigencia de la póliza, La Compañía responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya expresa y claramente la ocupación, actividad, profesión y causas del accidente ocurrido.

CLÁUSULA No. 11 AVISO DEL SINIESTRO:

Dentro de los primeros cinco (5) días de haber ocurrido el accidente deberá darse aviso a la Compañía de tal hecho, indicando fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente, mencionando si han intervenido las autoridades y si han iniciado algún proceso legal.

La falta de Aviso 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, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones como tal.

El Asegurado o beneficiario(s) deberán presentar su reclamo a la Compañía con la información que se detalla a continuación, en un plazo no mayor a noventa (90) días naturales, contados a partir del día que el Asegurado sufrió el accidente:

- a) Formulario de reclamación, el cual le será proporcionado por la Compañía.
- b) Certificado médico expresando la causa y la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico.
- c) Certificación de Nacimiento o Tarjeta de Identidad del Asegurado y/o beneficiarios.
- d) Certificado de defunción, en caso de Muerte Accidental por un accidente cubierto.

- e) Cualquier otro documento que requiera la Compañía para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de Informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Las obligaciones de la Compañía quedarán anuladas si:

- a) El Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, disimulando o declarando inexactamente hechos que del accidente que serían causas de anulación del contrato de seguro o podrían restringir dichas obligaciones, ó.
- b) En caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación requerida con que puedan determinarse las circunstancias de realización del accidente y las consecuencias del mismo.

La Compañía 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, entendiéndose que la negativa del Asegurado, faculta a la Compañía para declinar la reclamación por ese solo hecho a partir de la fecha de dicha negativa, circunstancia que la Compañía participará por escrito al Asegurado.

Los plazos antes mencionados podrán ampliarse por la Compañía, siempre que se demostrare la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

CLAUSULA No. 12 TERMINACIÓN ANTICIPADA:

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes podrán darlo por terminado por las siguientes razones:

- a) Falta de pago de la prima según se estipula en la Cláusula No. 7. Pago de prima.
- b) Por agravación del Riesgo. Dicha agravación permitirá a la compañía dar por cancelada esta póliza y su responsabilidad concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Asegurado.
- c) Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado serán causas de cancelación cuando éste haya obrado con dolo o culpa grave. Según lo estipula la Cláusula No. 6. Declaraciones Inexactas. El Asegurado perderá las primas anticipadas, en los casos de agravación del riesgo por dolo o culpa

grave.

- d) Las partes convienen en que éste podrá darse por terminado en cualquier tiempo, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión por carta certificada con (15) días de plazo, los que se contarán a partir de la fecha de envío.

La Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que correspondiere al tiempo durante el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo a la tabla a corto plazo.

La tarifa a corto plazo se calculará de acuerdo con la siguiente tabla de corto plazo, según el número de meses que la póliza estuvo en vigor considerándose como un mes completo cualquier fracción de mes transcurrido:

No. De Meses	Porcentaje de la Prima Anual
Hasta 2 meses	40%
3 meses	50%
4 meses	60%
5 meses	70%
6 meses	75%
Más de 6 meses	100%

Las coberturas de esta póliza terminarán automáticamente en los siguientes casos:

- a) Fallecimiento del Asegurado.
- b) El Asegurado al momento de la renovación, alcance la edad de cancelación de las coberturas.
- c) La suma de las indemnizaciones realizadas por uno o más Accidentes sufridos por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, agote la Suma Asegurada contratada.

CLAUSULA No. 13 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 Compañía, siempre que el Asegurado 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 de Edad.

CLÁUSULA No. 14 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.

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

CLÁUSULA No. 15 CONTROVERSIAS:

Cualquier controversia o conflicto entre la Compañía y el Asegurado o Beneficiarios sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento, o términos del seguro, podrán ser resueltos, a opción de las partes, por la vía de conciliación, arbitraje o por vía judicial.

El sometimiento a uno de estos procedimientos, será de cumplimiento obligatorio hasta obtener el 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. 16 COMUNICACIONES:

Las notificaciones que se hagan al Asegurado surtirán efecto siempre que se hagan en el último domicilio que el propio Asegurado haya hecho saber a la Compañía. Las declaraciones o notificaciones relacionadas con el presente contrato deberán hacerse a la Compañía, por escrito 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

CLAUSULA No. 17 TERRITORIALIDAD:

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

CLÁUSULA No. 18 EDAD:

Las edades de admisión y cancelación fijadas por La Compañía para este contrato son:

Cobertura	Edades de Aceptación		Edad de Cancelación
	Mínima	Máxima	
Muerte Accidental	50 años	85 años	90 años
Fracturas	50 años	85 años	90 años
Quemaduras	50 años	85 años	90 años

Como Edad del Asegurado, se considerará la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de vigencia del seguro o en su caso a la fecha de renovación. Al alcanzar el Asegurado la edad límite de cancelación, las coberturas continuarán hasta el fin de la vigencia, cancelándolo automáticamente a la siguiente renovación.

Si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

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

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

III.-Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado, en el momento de la celebración del

contrato. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

IV.-Si, con posterioridad a la muerte del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento del Asegurado y una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el Siniestro, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

CLAUSULA No. 19 PERIODO DE GRACIA:

La Compañía concede un plazo máximo de (30) treinta días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o a la fecha de renovación o primera cuota para el pago de la prima, que se concede al Asegurado para liquidar el total de la prima o de la parcialidad pactada en la póliza.

Si el Asegurado no ha cubierto el total de la Prima o de la parcialidad pactada, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia.

En caso de ocurrir al Asegurado alguna pérdida o daño cubiertos por esta póliza, durante el periodo de gracia, La Compañía deducirá de la indemnización al Asegurado o su beneficiario el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones aún no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

CLÁUSULA No. 20 REHABILITACIÓN:

Si la póliza caduca por falta de pago de primas, puede ser rehabilitada en cualquier época entre el período inicial y final de la póliza, respetando la vigencia originalmente pactada antes de ser cancelada, siempre y cuando reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por La Compañía, y que el Asegurado lo solicite por escrito, cumpliendo el plan de pagos que se fije para el efecto.

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

Se concede al Asegurado el derecho de rehabilitar una póliza que ha sido cancelada por falta de pago de la prima; realizando el pago de las primas atrasadas, siempre y cuando presente las pruebas de asegurabilidad que garanticen que a la fecha de la rehabilitación no existe la ocurrencia de siniestros o alguna situación que agrave el riesgo.

CLÁUSULA No. 21 MODIFICACIONES:

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

Toda modificación se hará constar en la propia póliza o en un anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las modificaciones a las Condiciones Generales deberán registrarse previamente previa en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).

Las condiciones especiales que se agreguen en las condiciones generales del contrato deberán, en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente a las partes, sin en caso de controversia entre las Condiciones Generales y Especiales prevalecerán las que favorezcan al Asegurado.

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

CLÁUSULA No. 22 MONEDA:

El producto se comercializará en Lempiras (Moneda oficial de la republica de Honduras) y en Dólares Estadounidenses (Moneda oficial de Estados Unidos de Norte América), por lo tanto las primas o cualquier dinero que ingrese a la Póliza por parte del cliente y siniestros que La Compañía tenga que indemnizar, deberán ser cursados en la moneda en que fue suscrita la Póliza; en caso la Póliza se haya suscrito en Dólares Estadounidenses, las transacciones pertinentes podrán ser negociadas en su equivalente en Lempiras (Moneda oficial de la Republica de Honduras) al tipo de cambio oficial, dictado por el Banco Central de Honduras, a la fecha de la Indemnización.

La Moneda en que se suscriba la Póliza, deberá ser expuesta en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA No. 23 ACTUALIZACIÓN DE DATOS:

El Asegurado tiene la responsabilidad de informar a, la Compañía por cualquier medio escrito o electrónico con acuse o comprobación de recibo, de cualquier cambio en los datos de contacto que inicialmente declaró en la solicitud del seguro.

CLÁUSULA No. 24 REPOSICIÓN DE POLIZA:

En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza, la Compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Asegurado, quien deberá cubrir el importe de los gastos de reposición.

CLÁUSULA No. 25 PAGO DE LA INDEMNIZACION:

La Compañía abonará las indemnizaciones que correspondieren en virtud de esta póliza, en su oficina principal, una vez cumplidos los siguientes requisitos:

En caso de muerte del Asegurado, dentro de los treinta (30) días de presentada la documentación pertinente que atestigüe la identidad y el derecho de los Beneficiarios designados, así como los documentos que fueren exigidos por La Compañía.

La indemnización en caso de muerte se pagará a las personas designadas como beneficiarios en esta póliza, o en su defecto a los herederos legales del Asegurado. La misma regla se observará en caso de que él o los beneficiarios y el Asegurado muriere simultáneamente o bien cuando el primero o primeros murieren antes que el segundo y no existieren designados sustitutos o no se hubiere hecho nueva designación. Cuando hubieren varios beneficiarios, la parte del que muriere antes que el Asegurado se distribuirá en proporciones iguales entre los supervivientes, siempre que no se hubiere estipulado otra cosa.

Para la indemnización por Fracturas se pagara al Asegurado la Suma Asegurada correspondiente a los porcentajes a indemnizar según los diferentes tipos de fracturas que se exponen en la Tabla respectiva de dicha cobertura después de presentar los comprobantes médicos y de hospitalizaciones que certifiquen las causas por las cuales haya sido atendido el Asegurado.

En caso de indemnización por Quemaduras en Segundo y Tercer Grado se pagara al Asegurado el monto indicado en dicha cobertura después de presentar los comprobantes médicos y de hospitalizaciones que certifiquen las causas por las cuales haya sido atendido el Asegurado. y que la quemadura de segundo o tercer grado que haya sufrido el Asegurado le afecte cuando menos un 20% de la superficie corporal.

La Compañía deducirá de la indemnización los saldos pendientes de pago de la prima anual adeudados por el Asegurado.

CLÁUSULA No. 26 DEDUCIBLE:

Se aplicara el deducible señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza, si lo hubiere.

CLÁUSULA No. 27 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. 28 NORMAS SUPLETORIAS:

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás leyes pertinentes.