

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.

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 comprobación de recibo. Si la empresa aseguradora 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 esta Ley.

Lo dispuesto en el párrafo anterior, no es aplicable a las ofertas de aumentar la suma asegurada, y en ningún caso, al seguro de persona.

CLÁUSULA No. 1. COBERTURA

Para los efectos de la póliza, los riesgos cubiertos quedan amparados bajo los conceptos siguientes:

I. Muerte Accidental:

Cuando el accidente cause la muerte del asegurado de manera inmediata o 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 hubiere abonado por Incapacidad Total y Permanente.

I.I Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica Muerte Accidental

I.I.2 Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios.

El o los beneficiario(s) o sus herederos legales, tendrán derecho a solicitar como máximo a **Seguros LAFISE**, hasta un 20% (veinte por ciento) de la Suma Asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental, estipulada en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de la Póliza; con la finalidad de sufragar los gastos funerarios para el sepelio del asegurado; dicho monto se deducirá de la suma asegurada que corresponde a la Cobertura Básica.

I.I.3 Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales.

En caso el asegurado falleciere por cualquier causa, fuera de los límites territoriales de la República de Honduras; el o los beneficiario(s) o sus herederos legales, tendrán derecho a solicitar como máximo a Seguros LAFISE hasta un 30% (treinta por ciento) de la Suma

Asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental, estipulada en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de la Póliza; dicho monto se deducirá de la suma asegurada que corresponde a la Cobertura Básica.

1.1 COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES:

II. Incapacidad por Accidente:

Total y Permanente:

Si como consecuencia del accidente sufrido por el asegurado, dentro de los ciento ochenta días (180) días de ocurrido el accidente, este quedara con una incapacidad de carácter permanente, la Aseguradora pagará la suma correspondiente al grado de incapacidad permanente, basándose en la Tabla de Indemnizaciones por incapacidad permanente incorporada a la presente póliza que forma parte integrante de ella.

III. Incapacidad Temporal:

Situación por la que el asegurado se encuentra durante un tiempo limitado, imposibilitado para desarrollar su labor profesional a causa de un accidente, la Aseguradora pagará la indemnización diaria convenida en las condiciones particulares de la póliza, que no exceda de un (1) año y hasta un treinta (30) por ciento de la suma asegurada para Muerte Accidental.

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

IV. Reembolso de Gastos Médicos por accidente:

Si las lesiones sufridas por el asegurado a consecuencia directa de un accidente; requiriesen asistencia médica, la Aseguradora reembolsará los honorarios de médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos, así como los exámenes radiológicos y de laboratorios que fueren necesarios dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente hasta por el total de la suma asegurada bajo esta cobertura, sujeta al deducible señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza, si lo hubiere.

1.2 RIESGOS CUBIERTOS ADICIONALES

El presente seguro cubre sin ningún costo adicional, la muerte accidental, incapacidad permanente y reembolso de gastos médicos por accidentes, que sufiere el Asegurado en las siguientes situaciones:

a) En el ejercicio de la profesión declarada.

- b) En su vida particular.
- c) Mientras estuviese circulando o viajando, a pie, a caballo, o en bicicleta sin motor.
- d) Mientras estuviese haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte 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 o de automóviles particulares, propios o ajenos, conduciéndolos o no.
- e) Mientras practica 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 montaña por carreteras o senderos, gimnasia, golf, handball, hockey de campo, natación, patinaje, ping-pong, pesca a menos de cinco (5) Kilómetros de la costa, remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados) volley-ball y water-polo.
- f) Mientras practique o juegue en calidad de aficionado football, baseball, esquí acuático, polo, rodeo, rugby o boxeo aficionado.
- g) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción.
- h) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas y alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
- i) El carbunco o tétano de origen traumático.
- j) La rabia.
- k) Las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de serpientes o insectos venenosos.
- l) Los accidentes producidos a los médicos cirujanos y otras personas que como principales o auxiliares hacen profesión de la ciencia médica, cuando tales accidentes produjera infecciones microbianas o intoxicaciones originadas mediante heridas externas sufridas en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias.

1.3 ACTIVIDADES Y PROFESIONES EXCLUIDAS QUE SOLO PUEDEN CUBRIRSE POR CONVENIO EXPRESO.

Salvo convenio especial escrito, esta póliza no ampara bajo el concepto de accidente, las lesiones que sufra el asegurado mientras:

- a) Practica fútbol, béisbol, esquí acuático, polo, pesca a más de cinco (5) kilómetros de la costa rodeo, rugby o boxeo.

- b) Viaje en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, sea en cualquier aeronave en vuelo no regular, tales como aviones privados y aerotaxis.
- c) Viaje como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- d) Participa como conductor o pasajero en automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia a velocidad.
- e) Maneja o viaja como pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares.
- f) El Asegurado afectado, esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, naval, de seguridad o vigilancia.

CLÁUSULA No. 2. EXCLUSIONES

Las exclusiones a continuación descritas aplican para todas las coberturas, 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) 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 por deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aún las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas, aun cuando su origen sea accidental.
- f) Estados de demencia y perturbaciones del conocimiento, aun cuando su origen sea accidental.
- g) 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.
- h) Lesiones o Accidentes que se produzcan como consecuencia directa de Enfermedades ó padecimientos preexistentes.

- i) 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.
- j) Suicidio o intento de suicidio o lesiones auto infligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que las provoquen.
- k) Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- l) 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.
- m) 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.
- n) Homicidio
- 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) Lesiones u homicidio provocado sin importar la causa o instrumento.
- q) Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- r) 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.
- s) Diagnósticos por quiroprácticos, acupunturistas, naturistas, micro bióticos.
- t) Aquellos cargos por gastos incurridos dentro de un establecimiento que sea propiedad del asegurado o de un familiar dentro del primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad.
- u) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- v) Servicios o tratamientos suministrados por médicos familiares del asegurado, dentro del primer y segundo grado de consanguinidad y afinidad.
- w) Tratamiento médicos estéticos aun cuando estos estén relacionados con un accidente cubierto de la póliza.

CLÁUSULA No.3. FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Compañía y se aprueba por medio de la Solicitud firmada del Asegurado a la Compañía (o del Contratante, en su caso), que es la base de este Contrato.

Los documentos que conforman el contrato son:

1. Solicitud de seguro
2. Documento póliza
3. Condicionado General
4. Condiciones particulares
5. Certificados de la póliza

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) **Accidente:** Para los efectos de este contrato, se entenderá como accidente todo acontecimiento que produzca al Asegurado, 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.
- 2) **Actividad Económica:** El giro o finalidad del negocio u ocupación del Asegurado.
- 3) **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.
- 4) **Asegurado:** El nombre de la persona natural que aparecen en las condiciones particulares como Asegurado.
- 5) **Aseguradora:** SEGUROS LAFISE-HONDURAS, S.A.
- 6) **Beneficiario:** La(s) persona(s) natural(es) o jurídica(s) que de acuerdo con las condiciones de la póliza recibirá el pago o beneficio después de la ocurrencia de un siniestro.
- 7) **Condiciones Particulares:** La lista anexa a ésta póliza y que forma parte inseparable de ella donde se detallan los datos generales del Asegurado, sumas aseguradas, primas, vigencia de la póliza, extensiones incluidas, exclusiones, condiciones y acuerdos, tasas y otros detalles.
- 8) **Guardador Nombrado:** Es la persona nombrada por autoridad competente para la recepción del beneficio del seguro por incapacidad del asegurado.
- 9) **La Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras.
- 10) **Muerte:** Es el fallecimiento del Asegurado, ya sea por accidente o enfermedad. Para los casos de "Muerte presunta", ésta póliza se registrará por lo establecido en el Código Civil y cualquier otra

ley que regule al respecto al momento de ocurrir el siniestro.

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

CLÁUSULA No. 5. LIMITE DE RESPONSABILIDAD

5.1 Limite de Suma Asegurada

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 Compañía.

Cualquier documento que pueda tener referencia al seguro brindado por esta póliza, deberá ponerse a la disposición de la Compañía 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 Compañía 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 Compañía 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 Compañía 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 Compañía 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 Compañía o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

A pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, la Compañía 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 tuvieran noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor de la Compañía 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 LA PRIMA

La prima vence en la fecha de la celebración del contrato por lo que se refiere al inciso de vigencia de la póliza o en otras fechas que sean acordadas entre la compañía y el Asegurado y descritas en las condiciones particulares. Su pago debe acreditarse por medio de un recibo auténtico de la compañía firmado y sellado.

La compañía no tendrá acción para exigir el pago de las primas, salvo el derecho de una indemnización por la falta de pago de la prima correspondiente al primer pago de la prima correspondiente al primer año, que no excederá del quince por ciento (15%) de la prima anual estipulada en el contrato.

En el seguro de personas, los efectos del contrato cesará automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima.

CLAUSULA 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. BENEFICIARIO

Siempre que no existiere restricción legal en contrario, cualquier Asegurado podrá hacer nueva designación de beneficiario, mediante notificación escrita a la Compañía, notificación que debe hacerse directamente en la Compañía.

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

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

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

CLÁUSULA No.10. AGRAVACION DEL RIESGO

Habiendo sido fijada la prima de acuerdo con las características del riesgo declaradas por el asegurado, éste deberá comunicar a la Compañía, dentro de ocho (8) días hábiles, los cambios o agravaciones, aún cuando fueren temporales, que pudieren afectar la base de contratación. Específicamente el asegurado deberá declarar:

- a) Los cambios de profesión u ocupación.
- b) La práctica de deportes u otras actividades peligrosas que no hubieren sido declaradas en la solicitud del seguro.

La Compañía, dentro del mismo término, contado a partir de la fecha en que recibió dicha comunicación, de parte del asegurado, se pronunciará sobre las condiciones para la confirmación del seguro, sin perjuicio de decidir su rescisión, cuando tal cambio lo determine. En caso de rescisión o de no aceptar el asegurado las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, ésta devolverá al asegurado el importe de la prima no devengada.

Si dentro de la vigencia de esta póliza, el asegurado cambiare la profesión, ocupación o actividad declaradas a otras distintas de las estipuladas en la presente póliza y la Compañía no hubiere recibido la comunicación a que se refiere esta cláusula y; además, el asegurado sufre lesiones mientras esté ejecutando algún acto propio de la nueva ocupación o profesión o practicando deporte o actividades no declaradas, la compañía sólo pagará la parte de la indemnización estipulada en la presente póliza que se hubiere podido adquirir con la prima que se pagó, dentro de los límites fijados para la ocupación, deporte o actividad no declarada, cuando estas fueren más peligrosas que las declaradas.

CLÁUSULA No. 11. AVISO DEL SINIESTRO

En caso de fallecimiento del Asegurado, el/los beneficiario (s), deben dar aviso por escrito a la Compañía 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 Compañía y de acuerdo con las instrucciones en ellos contenidas. Así mismo, éstos estarán obligados a presentar a la Compañía, 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 fallecimiento accidental deberá presentar:

- a) Notificación del beneficiario (s) reportando el siniestro.
- b) Formulario de Reclamación proporcionado por la Compañía 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 deberá presentar:

- k) Notificación del Asegurado y/o beneficiario (s) reportando el siniestro.
- l) Formulario de Reclamación proporcionado por la Compañía llenado y firmado.
- m) Certificación médica del último médico tratante u hospital, copia del expediente clínico.
- n) En caso de gozar de Seguro Social, presentar el dictamen de la Junta de Invalidez.
- o) Informe original de parte de tránsito en caso de que sea Accidente vehicular.

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

El asegurado accidentado o el(los) beneficiario(s) deberán hacer llegar a la Compañía, 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 Compañía la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

La 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. En caso de incapacidad el asegurado se obliga a someterse a los exámenes requeridos por la Compañía para este objeto, entendiéndose que la negativa del Asegurado, de sus familiares o beneficiarios, faculta a la Compañía para declinar la reclamación por ese solo escrito al Asegurado. Los plazos antes mencionados podrán ampliarse por la Compañía, siempre que se demostraré la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

En casos fatales, la Compañía se reserva el derecho de exigir la exhumación y/o autopsia del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo los Beneficiarios o herederos prestar su colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La exhumación y/o autopsia se efectuará con citación de los herederos, quienes podrán designar un médico para representarlos.

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

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

CLAUSULA No. 12. TERMINACION ANTICIPADA

No obstante el término de vigencia del contrato, 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, la que se enviará con quince (15) días de anticipación, que se contarán a partir de la fecha de envío.

Cuando el Asegurado lo diere por terminado, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que correspondiere al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la tarifa de seguros a corto plazo. Cuando la Compañía lo diere por terminado, tendrá derecho a la parte de la prima proporcional al tiempo transcurrido. La Compañía, después de un siniestro, podrá rescindir el

Contrato para accidentes ulteriores, pero deberá avisarlo por escrito al Asegurado con quince (15) días de anticipación en la última dirección que conozca el Asegurador, salvo pacto expreso en contra, que constare por escrito con acuse de recibo, dirigida al propio Asegurado o la persona encargada del pago de la prima, devolviéndole la parte de la prima correspondiente al plazo no transcurrido.

El Asegurado queda facultado para rescindir este Contrato de seguro en Cualquier momento y la prima no devengada que deberá devolverse a éste, se calcularía de acuerdo con la siguiente tarifa de corto plazo, según el número de meses que la póliza estuvo en vigor considerándose como un mes completo cualquier fracción de mes transcurrido.

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

CLÁUSULA 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 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 clausula 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 Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

CLÁUSULA No. 15. 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, 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 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 con acuse de recibo, salvo pacto en contra que constará por escrito. Las declaraciones o notificaciones relacionadas con el presente contrato deberán hacerse a la compañía, por escrito o en texto impreso, a la dirección de ésta.

CLÁUSULA No. 17. OTROS SEGUROS

Si el asegurado estuviere amparado por otro u otros seguros de éste u otro ramo, que cubran los mismos riesgos por el mismo tiempo; deberá declararlo inmediatamente a la Compañía, para que de esto se haga mención expresa en la Póliza. Cuando comunicaran varios seguros por incapacidad temporal, el valor de la indemnización conjunta, no podrá sobrepasar del 90% de su ingreso diario.

Si dicha suma sobrepasa este porcentaje, la Compañía solamente pagará la proporción que corresponda en relación con las otras coberturas, existentes, hasta completar el 90% de su ingreso diario, como el máximo de suma asegurada. En caso de que existan otros derechos del asegurado o reclamaciones por gastos médicos, la Compañía reembolsará la proporción que corresponda en relación con tales derechos existentes.

CLÁUSULA No. 18. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

La Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos del Asegurado así como en sus correspondientes acciones contra los autores o responsables del siniestro, por causa del daño sufrido que corresponda al Asegurado.

La Compañía podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado.

Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

CLÁUSULA No.19. TERRITORIALIDAD

La cobertura se extiende a todos los países del mundo.

CLAUSULA No. 20. EDAD

Es convenido que los límites de edad de admisión para este seguro son de 15 a 60 años, extendiéndose este límite hasta los 70 años para renovaciones. La edad declarada por el asegurado, en la solicitud de seguro deberá comprobarse legalmente cuando la compañía lo juzgue necesario. Si al ocurrir un accidente, amparado por esta póliza, se comprueba que la edad verdadera del asegurado es diferente que la declarada pero comprendida dentro de los límites de admisión fijados, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad de pagaré una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la compañía se reducirá en la proporción que existe entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la que correspondería a la edad real, la compañía estará obligada a

reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato, las primas deberán reducirse de acuerdo con la edad; y

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

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

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la compañía pruebas fehacientes de su edad, la compañía anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado.

CLÁUSULA No. 21. 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 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. 22. 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.23. 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:

- a) En caso de muerte, dentro de los treinta (30) días de presentada la documentación pertinente que atestigüe la identidad y el derecho de los reclamantes, así como los documentos que fueren exigidos por la Compañía. Se deducirá de esta indemnización cualquier cantidad pagada por concepto de incapacidad permanente.

La indemnización, en caso de muerte se pagará a las personas designadas como beneficiarias 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 murieren 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.

Si como consecuencia de un accidente, cubierto por esta póliza ocurriera un siniestro y no se tuviera noticia del asegurado por un período no inferior a seis (6) meses, la compañía hará efectivo a los beneficiarios el pago de la indemnización establecida para el caso de fallecimiento. Si apareciere el asegurado o se tuviere noticia cierta de él, la compañía tendrá el derecho a la restitución de la suma pagada.

- b) En caso de incapacidad permanente, una vez que el asegurado accidentado se le hubiere dado de alta definitiva y dentro de los diez (10) días de acompañados los certificados que acrediten la incapacidad resultante, la indemnización será pagada al propio asegurado o al guardador nombrado, si tal nombramiento hubiere sido necesario.
- c) En caso de incapacidad temporal, se pagará al asegurado en forma periódica, por lapsos no menores de una semana, o a más tardar, dentro de los diez (10) días de haber sido dado de alta definitivamente el asegurado accidentado.
- d) Para los gastos médicos, dentro de los diez (10) días de presentada la documentación que certifique los gastos de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria o farmacéutica, con miras a curar las lesiones producidas por el accidente.

Asimismo, los gastos médicos, según se conviniere con el asegurado. La Compañía se reserva el derecho de exigir la devolución de cualquier suma pagada por este concepto, en caso que se compruebe que los gastos indemnizados hubiesen sido recuperados por el asegurado bajo otros derechos con relación a este mismo riesgo.

La Compañía deducirá de la indemnización correspondiente, a las coberturas de muerte o incapacidad total y permanente, los saldos pendientes, de la correspondiente prima anual.

La indemnización asimismo se realizará conforme a lo establecido por el artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA No.24. REQUISITOS MÍNIMOS PARA ACCEDER AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

Al Asegurado o al beneficiario del seguro, le corresponde probar que la incapacidad o la muerte ha sido consecuencia directa de algún accidente cubierto por ésta póliza y deberán facilitar a la Compañía los siguientes documentos:

- a) Dar aviso del accidente a la compañía dentro de los cinco (5) días contados desde la fecha en que ocurrió el accidente. Si el accidente ocurrió fuera del territorio hondureño, la compañía concede para el aviso respectivo un plazo máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha del suceso.
- b) Llenar completamente los formularios de reclamación que la compañía proporcionará.
- c) Remitir certificación médica indicando causas, naturaleza y probables consecuencias de la lesión sufrida.
- d) En caso de muerte del asegurado a causa de un accidente cubierto por ésta póliza, los

beneficiarios del seguro deberán hacer constatar la causa de la muerte por la autoridad competente y deberán presentar la siguiente documentación:

- Acta de defunción del asegurado
- Certificación de la autoridad competente en caso de fallecimiento por causas fatales.
- Copia de cédula de identidad y/o partidas de nacimiento de los beneficiarios. En caso de que él o los beneficiarios sean menores de edad, partidas de nacimiento del menor o los menores y tarjeta de identidad de los tutores legales.
- Cualquier otro documento que requiera la compañía para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

e) En caso de invalidez Total y Permanente, Certificación médica del último médico tratante u hospital.

La falta de cumplimiento dentro de los plazos fijados, de las obligaciones señaladas en esta cláusula, permitirá a la compañía disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del accidente, la compañía quedará liberada del pago de toda indemnización.

CERTIFICADOS MEDICOS:

El asegurado accidentado deberá hacer llegar a la Compañía, dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha en que ocurrió el accidente, un certificado médico expresando la causa y la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

En toda reclamación deberá comprobarse, a satisfacción de la Compañía, y, por cuenta del reclamante, la realización del siniestro, para lo cual, el reclamante del seguro, deberá presentar a la Compañía las formas y/o cuestionario de declaración correspondientes que para el efecto se lo proporcionen, así como los comprobantes originales legalizados de los gastos efectuados. Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de las recetas expedidas por el médico tratante.

La Compañía se reserva el derecho de 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. La Compañía se reserva el derecho, en caso de incapacidad del asegurado para el trabajo, de verificar dicho estado, siempre que lo juzgue conveniente, y, el asegurado se obliga a someterse a los exámenes requeridos por la Compañía para este objeto, entendiéndose que la negativa del asegurado, de sus familiares o beneficiarios, autoriza 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.

En caso de fallecimiento del asegurado, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación para establecer las causas de la muerte, siempre y cuando la Ley lo permita debiendo los beneficiarios o sucesores prestar su conformidad y su concurso si fueren imprescindibles para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos.

Todos los gastos que motiven la autopsia o la exhumación serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios o sucesores, en su caso.

En ningún caso se presumirá que la Compañía reconoce las obligaciones eventuales del presente contrato por el solo hecho de solicitar al asegurado informaciones o documentos relacionados con su reclamo.

CLAUSULA No.25. TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE

COBERTURA	PORCENTAJE
-----------	------------

1.- INCAPACIDAD TOTAL		
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo y 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%
2.- INCAPACIDAD PARCIAL		
2.1.- 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%
2.2.- Miembros Superiores		DERECHO IZQUIERDO
Pérdida total de un brazo.	65%	52%
Pérdida total de una mano.	60%	48%
Fractura consolidada de una mano (seudoartrosis total).	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional.	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15%	12%
Pérdida total del pulgar.	18%	14%
Pérdida total del índice.	14%	11%
Pérdida total del medio.	9%	7%
Pérdida total del anular o del meñique.	8%	6%
2.3.- Miembros Inferiores		
Pérdida total de una pierna.	55%	55%
Pérdida total de un pie.	40%	40%
Fractura no consolidada de un fémur. (seudoartrosis total)	35%	35%
Fractura no consolidada de una rótula.(seudoartrosis total)	30%	30%
Fractura no consolidada de un pie. (seudoartrosis total)	20%	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40%	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20%	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.	30%	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15%	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.	15%	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional.	8%	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms.	15%	15%

COBERTURA		PORCENTAJE
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms.	8%	8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie.	8%	8%
Pérdida total de otro dedo de un pie.	4%	4%

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

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.

CLAUSULA No. 26. 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 condiciones particulares que se agreguen en las condiciones generales del contrato deberán, en igualdad de circunstancias, favorecer al Asegurado, previa comunicación de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).

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

El Asegurado tendrá derecho a que se le aplique las nuevas condiciones; 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. 27. REPOSICIÓN

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

CLAUSULA No.28. 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. 29. 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. 30. NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicaran 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.