

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

El Seguro de Vida Individual Temporal, cuya modalidad es variable, ya que el período de duración de la póliza es temporal limitado a 5, 10, 15 y 20 años y la suma asegurada se paga solamente si el fallecimiento del Asegurado y/o las indemnizaciones correspondientes a los beneficios adicionales, acontece dentro del período estipulado en las Condiciones Particulares

Riesgos Cubiertos.

Esta Póliza cubre los riesgos enumerados a continuación, y de ellos únicamente los que en forma expresa se señalan, siempre que su causa directa y única fuere la muerte por cualquier causa (natural o accidental) e incapacidad total y permanente del Asegurado inscrito en las Condiciones Particulares de la Póliza.

I. COBERTURA BÁSICA: MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

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

II. Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica.

1. Adelanto de Suma Asegurada por Gastos Funerarios.

En caso de muerte por cualquier causa, natural o accidental, la Aseguradora, a solicitud del o los Beneficiarios registrados en las Condiciones Particulares, adelantará hasta un máximo equivalente al 20% de la Suma Asegurada contratada para la Cobertura Básica, por concepto de Gastos Funerarios; dicho monto se deducirá de la suma asegurada a indemnizar por la muerte del asegurado.

“Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 29/03-06-2021.”

2 Adelanto de Suma Asegurada por Enfermedades Terminales.

En caso el asegurado sea diagnosticado por médico autorizado y especialista en la patología diagnosticada, de que la patología diagnosticada es terminal (es decir, que la muerte se dará en el corto plazo), diagnosticada por primera vez y en fecha posterior a 6(seis) meses de contratación de la póliza, Seguros LAFISE, a solicitud del Contratante o representante legal, adelantara hasta un máximo equivalente al 30% de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica; dicho monto se deducirá de la suma asegurada a indemnizar por la muerte del asegurado.

Nota: Estos Beneficio Adicionales a la Cobertura Básica, son gratuitos y automáticos.

III. COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES

1. MUERTE ACCIDENTAL (¿Por qué está contemplada la muerte accidental como opcional, en la cobertura básica la ofrecen, aclarar?)

La Aseguradora indemnizará a los beneficiarios indicados en las Condiciones Particulares de la póliza la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado falleciere a consecuencia de un accidente dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, siempre que la póliza se encuentre en vigor al ocurrir el accidente.

La muerte debe ser producida directa e independientemente de toda otra causa por un suceso externa, imprevista, involuntaria, repentina y fortuita. Las lesiones del evento deben apreciarse a simple vista, salvo en el caso de ahogamiento y traumatismo interno.

2. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD (BIAC)

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

sean admitidas por la Aseguradora, las pruebas de la existencia de la Incapacidad Total Permanente.

En el momento que se haga efectiva la última mensualidad, La póliza se cancelará automáticamente.

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

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

- a) Que a la fecha de la incapacidad las coberturas de la póliza se encuentren vigentes y la incapacidad sea causada por una enfermedad que se origine después de haber transcurrido seis (6) meses contados a partir de la fecha de emisión de la póliza. Si la incapacidad es causada por un accidente, no será necesario que haya transcurrido el plazo aquí señalado anteriormente.
- b) Que el asegurado no haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad.
- c) Que el asegurado o el (los) beneficiario(s), en su caso, presente(n) dictámenes médicos emitidos por médicos competente, declarando la incapacidad. La Aseguradora podrá requerir cualquier tipo de información o pruebas que respalden la incapacidad total declarada.

La Aseguradora podrá hacer examinar, por un médico de su confianza, el estado de incapacidad del Asegurado, mientras se encuentre vigente esta cobertura para el asegurado y mientras la Aseguradora no haya efectuado el pago total de la suma asegurada en el tiempo dispuesto en esta póliza.

3. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE NATURAL O ACCIDENTAL (SAIT)

Si como consecuencia de enfermedad o accidente sufrido por el asegurado, y dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días de ocurrido el accidente, éste quedare con una incapacidad total permanente, el Asegurado, tendrá derecho a solicitar a la Aseguradora, el 100% de la suma asegurada contratada para esta Cobertura; siempre y cuando la Incapacidad de cualquier tipo, acontezca durante la vigencia de la Póliza.

Dicha Cobertura se hará efectiva a partir de la fecha en que sean admitidas por la Aseguradora, las pruebas de la existencia de la Incapacidad Total Permanente.

La Aseguradora pagará al asegurado la suma asegurada contratada para esta cobertura; siempre y cuando la enfermedad o el accidente acontezcan

durante la vigencia del seguro, que el asegurado este al corriente en el pago de primas, y de que tales eventos se presenten antes de que el asegurado cumpla 65 años de edad.

El pago de la suma asegurada se realizará después de que hayan transcurrido 6 (seis) meses contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo. Este periodo de espera no opera en caso de que la invalidez total permanente sea a consecuencia de pérdidas orgánicas.

En todos los casos, se considera como invalidez total permanente, la inhabilitación total y permanente que sufra el asegurado por cualquier causa, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

De igual manera, se considera como invalidez total permanente: (a) la pérdida completa e irreparable de la vista en ambos ojos o, la pérdida de ambos globos oculares; (b) la pérdida de ambas manos; (c) la pérdida de ambos pies; (d) la pérdida conjunta de una mano o de un pie con la pérdida de la visión de un ojo o el globo ocular; siempre que estas pérdidas orgánicas (desmembramientos o pérdida de visión u globo ocular), sean a consecuencia de una enfermedad o accidente amparados por esta cobertura.

En cuanto a las manos y/o los pies se conceptuará como pérdida indemnizable cuando su amputación sea hecha en o arriba de la muñeca o tobillo; cuando se trate de los ojos se indemnizará solamente la pérdida entera o irrecuperable de la visión.

El plazo de cobertura será igual al plazo del seguro temporal o cuando el asegurado alcance la edad de 65 años, lo que ocurra primero. Esta cobertura se cancela automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la compañía, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del asegurado sea 65 años.

Independencia de Coberturas.

- 1) La Cobertura Básica y las Coberturas Adicionales Opcionales que conforman esta Póliza son independientes entre sí; salvo en el caso de que Seguros LAFISE realice el pago de suma asegurada por alguna de las coberturas por el riesgo de invalidez total permanente, entonces el Beneficio Adicional de Muerte Accidental se cancela automáticamente.
- 2) La Cobertura de Incapacidad Total Permanente – Natural o Accidental y la cobertura de Adelanto de Suma Asegurada de la Cobertura de Muerte por

Cualquier Causa por Incapacidad Total y Permanente (BIAC), son excluyente; es decir, se vende una o la otra, pero no las dos juntas.

3) Luego, según lo expuesto en numerales (2) inmediato anterior de este acápite; la Cobertura de Adelanto de Suma Asegurada de la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa por Incapacidad Total y Permanente (BIAC), únicamente se puede vender en conjunto con la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa Y Muerte Accidental; pero en caso se dé el uso de la Cobertura de Adelanto de Suma Asegurada de la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa por Incapacidad Total y Permanente, la Cobertura de Muerte Accidental se cancela automáticamente.

CLÁUSULA No.2. EXCLUSIONES

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

- a) Acciones y operaciones militares de guerra (declarada o no), invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, sedición, conspiración militar, terrorismo, tumultos populares relacionados o no en cualquier forma con motivos políticos, huelgas, asonada, motín, golpe militar, por aplicación de leyes de emergencia, usurpación o intento de poder, sabotaje, detención por o bajo la orden de cualquier gobierno o autoridad pública o local, alteraciones del orden público y delitos en contra de la constitución política del estado. En todos estos casos se aplicará la exclusión, sea que el Asegurado participe o no en tales hechos.
- b) Riesgos atómicos o nucleares.
- c) Acciones o actos delictuosos, infracciones graves a las leyes, ordenanzas y reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
- d) Cualquier siniestro relacionado con aviación privada, y actividades u ocupaciones de alto riesgo tales como: automovilismo en carreras de velocidad y resistencia, motociclismo, motocross, cacería, charrería, ciclismo profesional, deportes náuticos, esquí, hockey profesional, jockey, luchador, paracaidismo, parapente, planeador, vuelo delta, salto en bungee, aviación militar, acróbata, bombero, buzo, dinamitero, domador de animales salvajes, corridas de toro en las barreras, guarda-espalda, marinero de submarino, minero, pescador, policía, torero, práctica de fútbol o béisbol a nivel profesional, esquí acuático, polo, pesca a más de cinco (5) kilómetros de la costa, rodeo, rugby y boxeo.
- e) Duelo, ya sea voluntaria o involuntariamente, y esté o no el Asegurado en su sano juicio.

- f) Suicidio cuando ocurra antes de haber transcurrido dos (2) años completos ininterrumpidos de vigencia de la Póliza desde su primera emisión o desde su última rehabilitación.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS POR COBERTURA

En adición a las exclusiones generales, se amplían exclusiones específicas por cobertura.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

- a) Asfixia o por haber ingerido cualquier clase de veneno o aspirado gases, voluntariamente.
- b) Accidentes que se produzcan por la ingesta de alcohol, drogas (a menos que se le hubieren administrado por prescripción médica), estupefacientes, psicotrópicos, narcóticos o estimulantes; en el caso particular de abuso de alcohol se considerara cuando el asegurado tenga una concentración igual o mayor a 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre.
- c) Todo siniestro relacionado con trabajo de minería y uso de explosivos.
- d) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ejecutadas por personas no autorizadas por las autoridades competentes para llevar a cabo el tipo de procedimiento médico o quirúrgico que correspondan.
- e) De una afección originada, directa o indirectamente, del SIDA; a menos que se demuestre que la enfermedad fue diagnosticada en fecha posterior a la suscripción de la póliza.
- f) Lesiones por deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- g) Estados de demencia y perturbaciones del conocimiento.
- h) Lesiones o Accidentes que se produzcan como consecuencia directa de Enfermedades ó padecimientos preexistentes.
- i) Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

- a) Asfixia o por haber ingerido cualquier clase de veneno o aspirado gases, voluntariamente.

- b) Que la enfermedad sea causada por una enfermedad preexistente o que se origine antes de haber transcurrido seis (6) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza.
- c) Actos provocados intencionalmente por el asegurado y sus consecuencias.
- d) Enfermedades psíquicas de cualquier naturaleza.
- e) Todo siniestro relacionado con trabajo de minería y uso de explosivos.
- f) Uso de drogas ilegales como psicotrópicos, narcóticos y estimulantes.
- g) Cuando el asegurado tenga una concentración igual o mayor a 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre.
- h) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ejecutadas por personas no autorizadas por las autoridades competentes para llevar a cabo el tipo de procedimiento médico o quirúrgico que corresponda.
- i) De una infección originada, directa o indirectamente, del SIDA; a menos que se demuestre que la enfermedad fue diagnosticada en fecha posterior a la suscripción de la póliza.

CLÁUSULA No. 3. FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Aseguradora y se aprueba por medio de la Solicitud firmada del Asegurado a la Aseguradora 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

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 éste contrato, se entenderá como accidente todo acontecimiento que produzca al Asegurado, una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte del exterior del cuerpo (salvo caso de ahogamiento o de lesiones reveladas por examen médico o autopsia) y que ocasione 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 y/o ocupación del Asegurado.
- 3) **ANEXO O ENDOSO:** Texto agregado a la póliza y autorizado por la Aseguradora para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones. Forma parte de las condiciones del contrato.
- 4) **ASEGURADO:** El o los nombres de las personas naturales que aparecen en las Condiciones Especiales o Particulares como Asegurado.
- 5) **ASEGURADORA:** Seguros LAFISE de Honduras, S.A.
- 6) **BENEFICIARIO:** La persona natural o jurídica que de acuerdo con las condiciones de la póliza recibirá el pago o indemnización después de la ocurrencia de un siniestro.
- 7) **CNBS:** Comisión Nacional de Bancos y Seguros
- 8) **CONDICIONES PARTICULARES:** La lista anexa a ésta póliza y que forma parte de ella donde se detallan, sumas aseguradas, primas, vigencia de la póliza, extensiones incluidas, exclusiones, condiciones y acuerdos, tasas y otros detalles debidamente aceptados por la Aseguradora y el Asegurado.
- 9) **FALLECIMIENTO:** Es la muerte del Asegurado ya sea por accidente o enfermedad. Para los casos de “Muerte presunta”, ésta póliza se regirá por lo establecido en el Código Civil y cualquier otra ley que regule al respecto al momento de ocurrir el siniestro.
- 10) **LA LEY:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras.
- 11) **PÓLIZA:** Documento que formaliza el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el Asegurador y el Asegurado.
- 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 Aseguradora a efectuar la prestación, normalmente indemnización.
- 13) **SINIESTRO:** Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce unos daños amparados en la póliza hasta determinada cuantía. Además se

considera siniestro, un acontecimiento que, por originar daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la Aseguradora a satisfacer, total o parcialmente, al Asegurado o a sus Beneficiarios, 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

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora 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 Aseguradora 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 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.

CLAUSULA No. 7. PAGO DE PRIMA

Ésta póliza se emite en consideración al pago anticipado de la prima anual, por el Asegurado; sin embargo, tanto la prima del primer (1) año como la de los años posteriores, puede ser pagada por semestres, trimestres o de forma mensual, siempre anticipadamente de acuerdo con la tarifa en uso por la Aseguradora a la fecha de emisión de la Póliza.

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.

Las primas deben pagarse el día de su vencimiento o antes, en las oficinas de la Aseguradora, ó 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.

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

CLÁUSULA No. 8. VIGENCIA

La vigencia de ésta póliza es de acuerdo al plan suscrito por el Asegurado y consignado en las Condiciones Particulares, planes que pueden ser de 5, 10, 15 y hasta 20 años con renovaciones anuales para el cálculo de las primas.

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 Asegurado 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. 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 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. 11. AVISO DEL SINIESTRO

En caso de fallecimiento del Asegurado, el/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.

CLAUSULA No. 12. TERMINACIÓN ANTICIPADA

Todas las coberturas amparadas por la presente Póliza y sus anexos, terminan por las siguientes causas:

- 1) Por falta de pago de la prima al finalizar el Período de Gracia y según lo descrito en la Cláusula No. 20 "Período de Gracia" de estas Condiciones Generales.
- 2) Al vencimiento del plazo pactado del seguro.
- 3) Cuando el Asegurado, por escrito solicite la cancelación del seguro.
- 4) En la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y nueve (69) años de edad.
- 5) En el momento del fallecimiento del Asegurado.
- 6) Las coberturas adicionales de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente y Exoneración de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, terminan cuando la Aseguradora cubra el beneficio previsto para cada una de ellas.
- 7) La cobertura de Muerte Accidental, termina cuando la Aseguradora cubre el beneficio de la cobertura de pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente.

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 Aseguradora.

La renovación no procederá si la edad alcanzada del Asegurado se encuentra fuera de los límites de aceptación indicados en la Cláusula No. 20 de Edad.

CLÁUSULA No. 14. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del 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 estos 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. 15. CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA No. 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 Aseguradora salvo pacto expreso en contra.

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, 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. SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, ya sea en cualquier estado mental, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada Básica a los Beneficiarios, excepto cuando el suicidio ocurra antes de haber transcurrido dos (2) años completos ininterrumpidos de vigencia de la Póliza desde su primera emisión o desde su última rehabilitación, en cuyo caso la responsabilidad de la Aseguradora se limitará al reembolso del importe de la reserva matemática de la póliza.

CLÁUSULA No. 19. EDAD

Las edades de admisión fijadas por La Aseguradora para este contrato, son de:

Cobertura Básica Fallecimiento	Edad Mínima de Admisión	Edad Máxima de Admisión	Cancelación Automática
Temporal - 5	18 años	75 años	80 años
Temporal - 10	18 años	70 años	80 años
Temporal - 15	18 años	65 años	80 años
Temporal - 20	18 años	60 años	80 años
Coberturas Adicionales Opcionales	Edad Mínima de Admisión	Edad Máxima de Admisión	Cancelación Automática
Muerte Accidental			
Temporal - 5	18 años	64 años	69 años
Temporal - 10	18 años	59 años	69 años
Temporal - 15	18 años	54 años	69 años
Temporal - 20	18 años	49 años	69 años
Incapacidad			
Temporal - 5	18 años	59 años	64 años
Temporal - 10	18 años	54 años	64 años
Temporal - 15	18 años	49 años	64 años
Temporal - 20	18 años	44 años	64 años
Anticipo			
Temporal - 5	18 años	75 años	79 años
Temporal - 10	18 años	69 años	79 años
Temporal - 15	18 años	64 años	79 años
Temporal - 20	18 años	59 años	79 años

La edad del Asegurado, deberá comprobarse fehacientemente cuando así lo juzgue necesario La Aseguradora, antes o después del fallecimiento del Asegurado.

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

En caso de que el asegurado alcanzase la edad máxima de la cobertura, el seguro, para tal asegurado, quedará sin efecto, teniendo que devolver la Aseguradora al Asegurado, la prima no devengada del seguro y las correspondientes Reservas Matemáticas, si existieren.

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

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

- I. Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad se pague una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato, las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado, se descubriere que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

CLAUSULA No. 20. PERÍODO DE GRACIA

Después de pagar la primera prima, se concede para el pago de las otras, un período de gracia de treinta (30) días, durante el cual no se imponen intereses y la

póliza continúa vigente. Pero si al terminar dicha prórroga la prima no ha sido pagada, ésta póliza, caducará sin necesidad de aviso o declaración especial, salvo lo previsto en el Artículo 1250 del Código de Comercio.

La Aseguradora 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 año, que no excederá del quince por ciento (15%) de la prima anual estipulada en el contrato.

CLAUSULA No. 21. 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 lo solicite por escrito y que se obligue a cumplir el plan de pagos que se fije para el efecto.

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

CLÁUSULA No. 22. INDISPUTABILIDAD

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

CLAUSULA No. 23. VALORES DE RESCATE

Si el asegurado no desee continuar o incumpliere el pago puntual de las primas convenidas, la Aseguradora a solicitud del Asegurado y siempre que ya hubiese pagado al menos dos primas anuales consecutivas, podrá liquidar la póliza mediante el pago en efectivo de una parte de la reserva matemática de la póliza, conforme al cuadro de valores de rescate según el plan suscrito que forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza.

*Para obtener el Valor de rescate a pagarse en efectivo, multiplique la Suma Asegurada por el factor de la tabla de valores de rescate según el plan suscrito, que corresponda a la edad del asegurado (Edad) al suscribir la póliza y el número de pagos realizados (t).

CLÁUSULA No. 24. CAMBIOS EN LOS 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 Aseguradora 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 Aseguradora. 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 Aseguradora. Una vez registrado surtirá efecto desde la fecha de notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Aseguradora 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 o si éste fallece sin haber designado Beneficiarios, la suma asegurada se pagará a sus herederos.

CLÁUSULA No. 25. PRUEBAS DE FALLECIMIENTO

La comprobación del fallecimiento del Asegurado, se hará presentando a la Aseguradora la información correspondiente en los formularios que ésta proporcione para tal fin, de conformidad con las instrucciones contenidas en ellos.

CLÁUSULA No. 26. REQUISITOS MÍNIMOS PARA ACCEDER AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

En caso de fallecimiento, desmembración o pérdida de la vista por causa accidental, o incapacidad total y permanente. El Asegurado o Beneficiarios, o el representante de estos según el caso, deben dar aviso por escrito a la Aseguradora inmediatamente después de haberse producido cualquiera de los riesgos amparados o que tengan conocimiento de la realización de los mismos, en todo caso gozaran de un plazo máximo de cinco (5) días para presentar el aviso respectivo. Indicando la fecha, hora y circunstancias que los hayan producido.

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

El asegurado, o los Beneficiarios o el Representante de estos, en su caso, proporcionarán los siguientes documentos:

1. Para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa

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

2. Para la Cobertura de Muerte Accidental

- a. Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- b. Acta de Defunción.
- c. Certificación de la autoridad competente en caso de fallecimiento por causas fatales.
- d. Certificación médica del último médico tratante u hospital.
- e. Certificado del Departamento de Patología de Medicina Forense
- f. 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.
- g. Cualquier otro documento que requiera la Aseguradora para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

3. Para la cobertura Anticipo de Suma Asegurada de la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa por Incapacidad Total y Permanente

- a. Formulario de Reclamación proporcionado por la Aseguradora llenado y firmado.
- b. Certificación médica del último médico tratante u hospital diagnosticando la Invalidez Total y Permanente refrendada por el Colegio Médico de Honduras.

- c. Certificado del Comité Técnico de Invalidez del Instituto Hondureño de Seguridad Social
- d. Cualquier otro documento que requiera la Aseguradora para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

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

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

CLÁUSULA No. 27. FACULTADES DE LA ASEGURADORA EN CASO DE SINIESTRO

- a) En casos no fatales, la Aseguradora se reserva el derecho de examinar al Asegurado.
- b) En casos fatales, la Aseguradora se reserva el derecho de exigir la autopsia del cadáver para confirmar las causas del fallecimiento, previa autorización de la Autoridad competente; debiendo los Beneficiarios o herederos prestar su colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales.

La autopsia se efectuará con citación de los Beneficiarios o 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 que representa a los Beneficiarios o herederos.

CLÁUSULA No. 28. CESIÓN DE GARANTÍA

Ninguna cesión de ésta póliza obliga a la Aseguradora a no ser que sea notificado por escrito y firmada por el Asegurado y el cesionario, lo cual se hará constar en anexo firmado y adherido a la Póliza. La Aseguradora no asume ninguna responsabilidad por la validez o insuficiencia de las cesiones.

En caso de cesiones de esta Póliza en garantía de obligaciones para con terceros, los cesionarios tendrán derecho preferente sobre la suma asegurada, una vez esta

“Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 29/03-06-2021.”

fuere exigible y hasta la concurrencia del saldo acreedor a su favor, procedente de la obligación garantizada por la Póliza salvo el caso de designación de Beneficiarios de carácter irrevocable. Si los Beneficiarios fueran su cónyuge o sus descendientes, el derecho privado de la designación y del aseguramiento no será susceptible de embargo o ejecución por concurso o quiebra del Asegurado.

CLÁUSULA No. 29. REPOSICIÓN

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

CLÁUSULA No. 30. MODIFICACIONES

Ninguna modificación a esta póliza será válida si no está autorizada por la firma de los funcionarios de la Aseguradora, previo convenio con el Asegurado. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona de la Aseguradora, no tiene facultad para hacer concesiones o modificación alguna.

Toda modificación se hará constar en la propia póliza o en un anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las Condiciones Generales tan solo podrán ser modificadas en sentido favorable al Asegurado, previa autorización de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

En caso de controversia entre las condiciones generales y particulares 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 Aseguradora prestaciones más elevadas, el Asegurado estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda en prima

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 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 Indevido 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.