

CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la 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 1. COBERTURAS**1. COBERTURA BÁSICA: MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**

En caso del fallecimiento legalmente comprobado del Asegurado durante la vigencia de la póliza, La Aseguradora indemnizará la suma asegurada establecida a los beneficiarios designados o en su ausencia a los herederos legales, de acuerdo con las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada de esta cobertura si el Asegurado fallece dentro del plazo del seguro contratado. Si el Asegurado vive al término de dicho plazo esta cobertura terminará sin obligación alguna para La Aseguradora .

Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica:**1.1. Anticipo de Suma Asegurada por Gastos Funerarios**

En caso de muerte por cualquier causa, La Aseguradora podrá adelantar, a solicitud del o los beneficiarios registrados en las Condiciones Particulares, hasta un máximo del 20% de la Suma Asegurada contratada para la Cobertura Básica, por concepto de Gastos Funerarios. Este monto será descontado posteriormente de la indemnización por fallecimiento.

1.2. Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedades Terminales

En caso de que, después de 6 meses de contratada la póliza, el asegurado sea diagnosticado por primera vez con una enfermedad terminal por un médico especialista autorizado, La Aseguradora podrá adelantar, a solicitud del Contratante o representante legal, hasta un máximo del 30% de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica. Este adelanto será deducido posteriormente de la indemnización por fallecimiento.

COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES**2. MUERTE ACCIDENTAL**

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 90 días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, siempre que la póliza se encuentre en vigor al ocurrir el accidente.

CONDICIONES GENERALES

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.

Para tener derecho a la indemnización prevista en este Cobertura, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que la póliza y esta cobertura se encuentren vigentes a la fecha del accidente.
- b) Que el accidente ocurra antes de finalizar el aniversario de la póliza dentro del cual el Asegurado cumpla 70 años de edad. Si La Aseguradora hubiere recibido valores en efectivo por este beneficio, después de finalizar el aniversario de la póliza a que se refiere este párrafo, tal recepción se reputará indebida, y no tendrán más efecto que el de la devolución de los mismos.
- c) Que la muerte ocurra dentro de 90 días contados a partir de la fecha del accidente.
- d) Que el accidente se comuniqué inmediatamente después de ocurrido o que tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo, a las autoridades competentes del lugar y se informe por escrito a La Aseguradora dentro de un plazo máximo de 10 días, contados desde la fecha del suceso.
- e) Que se presenten a satisfacción de la Aseguradora las pruebas del accidente.

Queda entendido que la falta de cumplimiento de los requisitos señalados, exonera de toda responsabilidad a La Aseguradora, si se demuestra que los Beneficiarios o sus representantes con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones, salvo que en el caso del literal d), la falta de aviso tenga por causa una fuerza mayor o 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.

3. PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NATURAL O ACCIDENTAL.

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 quedará con una incapacidad total permanente, el Asegurado, tendrá derecho a solicitar a La Aseguradora, el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa; beneficio que se otorgará/indemnizará como máximo en 5 años, bajo la modalidad de pagos anuales iguales, equivalentes cada uno en dependencia del número de años solicitados por el Asegurado; y 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.

CONDICIONES GENERALES

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 incapacidad 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.

Existe capacidad total y permanente si:

1. La persona hubiese perdido el sesenta y cinco por ciento (65%) o más de su capacidad funcional para trabajar.
 2. Se encuentra imposibilitado para procurarse mediante un trabajo proporcional a sus fuerzas, su capacidad, formación profesional u ocupaciones anterior, una remuneración superior al treinta y cinco por ciento (35%) de la que habitualmente recibe en la misma actividad económica un trabajador sano del mismo género, semejante a la capacidad de trabajo y formación análoga.
4. **EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS DE LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.**

Esta cobertura consiste en el pago por parte de La Aseguradora, de las primas de la cobertura básica por fallecimiento, si durante la vigencia del seguro y de esta cobertura, y estando al corriente en el pago de primas, el asegurado se invalida a causa de una enfermedad o accidente, siempre que la invalidez sea total y permanente y que se presente antes de que cumpla 65 años de edad.

El pago de las primas por parte de La Aseguradora, 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 y permanente sea a consecuencia de pérdidas orgánicas.

La suma asegurada para esta cobertura es igual al valor presente de las primas por pagar del seguro de vida temporal contratado, al momento que se determine la invalidez total permanente del asegurado. La suma asegurada contratada para esta póliza, misma que define la suma asegurada de esta cobertura, no se podrá modificar a partir de que se determine la invalidez total permanente del asegurado.

Existe incapacidad total y permanente si:

1. La persona hubiese perdido el sesenta y cinco por ciento (65%) o más de su capacidad funcional para trabajar.
2. Se encuentra imposibilitado para procurarse mediante un trabajo proporcional a sus

CONDICIONES GENERALES

fuerzas, su capacidad, formación profesional u ocupaciones anterior, una remuneración superior al treinta y cinco por ciento (35%) de la que habitualmente recibe en la misma actividad económica un trabajador sano del mismo género, semejante a la capacidad de trabajo y formación análoga.

5. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NATURAL O ACCIDENTAL.

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 quedare con una incapacidad total permanente; el Asegurado, tendrá derecho a solicitar a Aseguradora, el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para la Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa; beneficio que se otorgará/indemnizará bajo la modalidad de hasta doce (12) pagos iguales mensuales y consecutivos o de acuerdo a lo convenido con el Contratante y estipulado en las condiciones particulares. Dicha Cobertura se hará efectiva a partir de la fecha en que sean admitidas Aseguradora, las pruebas de la existencia de la Incapacidad Total Permanente.

Dado que esta Cobertura es un Anticipo de la Suma Asegurada de la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa, la Póliza se cancelará cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones, lo que suceda primero:

1. Se complete, de acuerdo a lo convenido, el pago de las cuotas mensuales indemnizadas por la Invalidez Total Permanente, o
2. Por fallecimiento del asegurado; en este caso, si el Asegurado falleciere mientras esté recibiendo el pago de las mensualidades por la Invalidez, le corresponderá al o los beneficiarios, la diferencia entre la Suma Asegurada contratada para la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa, y el monto total de los pagos mensuales, por la Invalidez, 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) las pruebas de incapacidad que solicite La Aseguradora.

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.

INDEPENDENCIA DE COBERTURAS

- 1) *La Cobertura Básica y las Coberturas Adicionales Opcionales que conforman esta Póliza – Vida Segura Platinum, son independientes entre sí:***
 - 1.1 *En caso de Fallecimiento por Cualquier Causa y/o Fallecimiento Accidental o se realice el pago por la Cobertura de Anticipo de la Suma Asegurada de la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa por Incapacidad Total Permanente-(BIAC), la Póliza se cancela automáticamente.***
 - 1.2 *En caso de que Seguros LAFISE realice el pago de suma asegurada por Incapacidad Total Permanente-(SAIT), la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa, continuará en vigor, siempre y cuando el Asegurado continúe cancelando-pagando la prima correspondiente de la misma; luego, en este caso, la Cobertura Adicional Opcional de Fallecimiento Accidental, se cancela automáticamente.***
 - 1.3 *En caso de que Seguros LAFISE realice el pago de suma asegurada por Incapacidad Total Permanente-(SAIT), y el Asegurado no continúe cancelando-pagando la prima correspondiente la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa, la póliza se cancela automáticamente.***
 - 1.4 *En caso de que Seguros LAFISE realice el pago por Anticipo de Suma Asegurada de la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa por Incapacidad Total Permanente – (BIAC), la póliza se cancelará automáticamente***
- 2) *En caso de Incapacidad Total Permanente, y el Asegurado haya adquirido la Cobertura de Exoneración de Prima de la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa por el riesgo de Incapacidad; esta paga las primas de la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa, por lo que, el Asegurado deja de pagar primas. y esta Cobertura de Fallecimiento continúa en vigor.***
- 3) *La Cobertura de Incapacidad Total Permanente – Natural o Accidental y la Cobertura de Anticipo de Suma Asegurada de la Cobertura de fallecimiento por Cualquier Causa, por Incapacidad Total y Permanente (BIAC), son excluyente; es decir, se vende una o la otra, pero no las dos juntas.***
- 4) *La Cobertura de Exoneración del Pago de la Prima por Incapacidad Total Permanente y la Cobertura de Anticipo de Suma Asegurada de la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa por Incapacidad Total y Permanente (BIAC); son excluyente, es decir, se vende una o la otra, pero no las dos juntas.***
- 5) *Luego, según lo expuesto en numerales (2) y (3) inmediato anterior de este numeral; la Cobertura de Anticipo de Suma Asegurada de la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa por Incapacidad Total y Permanente (BIAC), únicamente se puede otorgar en conjunto con la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa y Fallecimiento Accidental; pero en caso se dé el uso de la Cobertura de Anticipo de Suma Asegurada de la Cobertura de Fallecimiento por Cualquier Causa por Incapacidad Total y Permanente, la Cobertura de Fallecimiento Accidental se cancela automáticamente.***

Para determinar la incapacidad total y permanente se establecerá lo manifestado en el artículo 78 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social.

6. ASISTENCIA FUNERARIA

Mediante el pago de una prima adicional, como se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza y en caso de fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora cubrirá los servicios de Asistencia Funeraria especificados en el Anexo I de la póliza. Esta cobertura es válida únicamente dentro del área geográfica de la República de Honduras.

7. ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

Mediante el pago de una prima adicional, como se detalla en las Condiciones Particulares de su póliza, la Aseguradora cubrirá los servicios de Asistencia de Repatriación para Restos Mortales. En caso de fallecimiento del Asegurado en el extranjero, esta cobertura garantiza los servicios de repatriación desde cualquier país del mundo, de acuerdo con los términos y condiciones detallados en el Anexo II de la póliza.

8. COBERTURA DE ASISTENCIA SALUD

En caso de enfermedad o accidente del asegurado, La Aseguradora cubrirá los servicios de Asistencia Salud, esta cobertura garantiza los servicios según los términos y condiciones detallados en el Anexo III de la póliza.

CLÁUSULA 2. EXCLUSIONES

- 1. 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,**

CONDICIONES GENERALES

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.

2. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS POR COBERTURA

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

2.1. 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 o padecimientos preexistentes.
- i. Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

2.2. Exclusiones Específicas para las Coberturas de Incapacidad Total y Permanente, y Exoneración de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

- 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.

CONDICIONES GENERALES

- 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 3. FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El contrato de seguro queda constituido por la Solicitud de seguro; Condiciones particulares y/o Especiales; Condiciones Generales; y Anexo de Asistencia si la hubiese contratado.

CLÁUSULA 4. DEFINICIONES

Para los efectos de la interpretación y aplicación de la presente Póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

- ✓ **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.
- ✓ **Actividad Económica:** El giro o finalidad del negocio y/o ocupación del Asegurado.
- ✓ **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.
- ✓ **Asegurado:** El o los nombres de las personas naturales que aparecen en las Condiciones Especiales o Particulares como Asegurado.
- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **CNBS:** Comisión Nacional de Bancos y Seguros

CONDICIONES GENERALES

- ✓ **Fallecimiento:** Es la muerte 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.
- ✓ **Incapacidad Total y Permanente:** Es el estado o condición adquirida por una persona como resultado de una lesión corporal o enfermedad que dictaminada en consenso por un grupo de al menos dos (2) facultativos médicos a satisfacción de la forma definitiva y permanente, merme en el porcentaje establecido en el Reglamento General de la Ley del Seguro Social, su capacidad para llevar a cabo cualquier ocupación o actividad de la cual se derive el sustento económico de la misma.
- ✓ **La Aseguradora :** Seguros LAFISE Honduras, S.A.
- ✓ **La Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio y demás aplicables de la República de Honduras.
- ✓ **Pérdidas orgánicas:** Se refieren a la pérdida o daño de un órgano del cuerpo, como la pérdida de un ojo, una mano, un pie o un dedo, o la pérdida total de su funcionamiento.
- ✓ **Periodo de Gracia:** Es el tiempo adicional que La Aseguradora otorga al asegurado para pagar la prima después de la fecha de vencimiento, sin que la póliza caduque inmediatamente. Durante este período, la póliza sigue vigente y la cobertura continúa, aunque el pago de la prima esté atrasado.
- ✓ **Periodo de Carencia:** Es el tiempo que debe transcurrir desde la fecha de inicio de la póliza hasta que el asegurado puede acceder a ciertas coberturas o beneficios. Durante este período, algunas coberturas o servicios no están disponibles, aunque la póliza esté vigente.
- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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 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 6. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que la no habrían dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, 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 contratante 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.

La Aseguradora tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida 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 obligado la a pagar la indemnización.

Si el seguro concerniera a varias cosas, el Contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 1137.

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 ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por la o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima 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 no podrá resolver el contrato en los casos siguientes:

- I. Si la provoca la omisión o inexacta declaración
- II. Si la conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido

- III. Si renuncia a resolver el contrato por tal causa.
- IV. Si el Asegurado no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la 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 por cuenta de terceros, si éstos tuvieran noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor de la las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el Tercero.

Además, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 1142 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.

CLÁUSULA 7. PAGO DE LA PRIMA

Esta póliza se emite en consideración al pago anticipado de la prima anual, por el Asegurado; sin embargo, tanto la prima del primer 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.

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

La Aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por media de cláusulas en que se convenga que el seguro no entrará en vigor sitio después del pago de la primera prima.

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

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.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas o cosas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que el asegurador las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones subsistirá sobre todas las personas o cosas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el asegurado paga a La Aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva

CLÁUSULA 8. VIGENCIA

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

CLÁUSULA 9. BENEFICIARIOS

El Asegurado tendrá derecho a designar a un tercero como beneficiario sin necesidad del consentimiento de La Aseguradora, cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

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.

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.

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.

Si el Asegurado Omitiere expresar el grado de parentesco o designare como beneficiario de su póliza a personas que no deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada uno, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales.

Lo anterior según lo dispuesto en el Artículo 1224,1233 al 1247 del Código de Comercio de Honduras.

CLÁUSULA 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.

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.-Que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; y

II.-Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emana de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas o cosas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que el asegurador las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones. Subsistirá sobre todas las personas o cosas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el asegurado paga a La Aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva

CLÁUSULA 11. AVISO DEL SINIESTRO

En caso de fallecimiento, desmembración o pérdida de la vista por causa accidental, o incapacidad total y permanente. El Asegurado o Beneficiarios, o el representantes 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

CONDICIONES GENERALES

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.

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo 1147 del Código de Comercio.

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.

Requisitos Mínimos para Acceder al pago de la Indemnización

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

Para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa

- Formulario de Reclamación proporcionado por La Aseguradora llenado y firmado.
- Acta de Defunción.
- Certificación de la autoridad competente en caso de fallecimiento por causas fatales.
- Certificación médica del último médico tratante u hospital.
- Copia del Documento Nacional de Identificación y/o Certificación de nacimiento de los Beneficiarios. En caso de que él o los Beneficiarios sean menores de edad; Certificación de nacimiento del menor o los menores y Documento Nacional de Identificación de los tutores legales.
- Cualquier otro documento que requiera La Aseguradora para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

Para la Cobertura de Muerte Accidental

- Formulario de Reclamación proporcionado por La Aseguradora llenado y firmado.
- Acta de Defunción.
- Certificación de la autoridad competente en caso de fallecimiento por causas fatales.
- Certificación médica del último médico tratante u hospital.
- Certificado del Departamento de Patología de Medicina Forense
- Copia del Documento Nacional de Identificación y/o Certificación de nacimiento de los Beneficiarios. En caso de que él o los Beneficiarios sean menores de edad; Certificación nacimiento del menor o los menores y Documento Nacional de Identificación de los tutores legales.
- Cualquier otro documento que requiera la Aseguradora para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

Para la cobertura de Pago de Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente

- Formulario de Reclamación proporcionado por La Aseguradora llenado y firmado.

CONDICIONES GENERALES

- Certificación médica del último médico tratante u hospital diagnosticando la Invalidez Total y Permanente refrendada por el Colegio Médico de Honduras.
- Certificado del Comité Técnico de Invalidez del Instituto Hondureño de Seguridad Social
- 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 ser considerada 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.

Facultades de La Aseguradora en caso de Siniestro

1. En casos no fatales, La Aseguradora se reserva el derecho de examinar al Asegurado.
2. En casos fatales, La Aseguradora tendrá 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.
3. 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 12. TERMINACION 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 Clausula "Período de Gracia" de estas Condiciones Generales.
2. Al vencimiento del plazo pactado del seguro.
3. Cuando el Asegurado o el tomador, por escrito solicite la cancelación del seguro.
4. En la fecha en que el Asegurado cumpla 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 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 clausula de Edad.

CLÁUSULA 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 15. CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA 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, registrá lo establecido por el artículo 1113 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 17. TERRITORIALIDAD

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

CLÁUSULA 18. SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, ya sea en cualquier estado mental, ya sea en estado de cordura o de demencia, La Aseguradora a pagará la Suma Asegurada de la cobertura 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 19. EDAD

Las edades de admisión fijadas por La Aseguradora para este contrato, son de 18 a 69 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 a 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 pagare 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.

CONDICIONES GENERALES

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 estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado, en el momento de la celebración del contrato. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

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

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

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

Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de 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.

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.

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

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

CLÁUSULA 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.

Se aplicará todo lo establecido en los artículos 1249 y 1250 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 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 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 22. INDISPUTABILIDAD

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

Si el Contratante demuestra 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.

No obstante, esta Póliza será indisputable después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un período de dos (2) años contados desde la fecha de emisión.

CLÁUSULA 23. VALORES DE GARANTIZADOS

En caso 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 cancelar la póliza y solicitar el correspondiente Valor de Rescate, lo que es el pago/devolución en efectivo de una parte de la reserva matemática de la póliza, a la fecha de la cancelación.

CLÁUSULA 24. PERIODO DE CARENCIA Y/O ESPERA

La Aseguradora establece un periodo de carencia y/o espera de 6 meses por padecimientos preexistentes conocidos y desconocidos, contados a partir de la fecha de alta del asegurado en la póliza, La Aseguradora no quedará obligada a pagar la suma asegurada contratada bajo este seguro para las coberturas indicadas en las condiciones particulares, la responsabilidad de La Aseguradora se limitará a la devolución de las primas pagadas por el contratante para esa persona.

CLÁUSULA 25. 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.

CLÁUSULA 26. MONEDA

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

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

CLÁUSULA 27. 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 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 28. 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,

CONDICIONES GENERALES

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 29. 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.