SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
SOLICITUD DE SEGUROS

Seguros Atlántida

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido:			Segundo Apellido:		
Nombre:			Apellido de Casada:		
Lugar de Nacimiento	Nacionalidad		Fecha de Nacimiento		Edad
		Día	Mes	Año	
Número de Identificación		Tipo de Identificación			
		Tarjeta de Identidad ☐	Pasaporte ☐	Carnet de Residente ☐	
Sexo	Estado Civil		Nombre Completo del Cónyuge		
Dirección Completa de Residencia:					
Teléfono de Residencia	Celular		Correo Electrónico y/o Sitio Web		
Nombre del Negocio (si aplica):			Giro o Actividad Económica:		
Nombre de la Empresa donde labora		Posición / Cargo que desempeña		Tiempo de laborar en la empresa	
¿En que consiste su labor?				Ingreso Mensual:	
Dirección Completa de la Empresa donde labora:					
Teléfono de Trabajo	Fax No.		Correo Electrónico y/o Sitio Web		
Especifique detalladamente su fuente de ingresos:					
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada?					

DATOS DE LAS COBERTURAS

INICIO DE LA VIGENCIA:____ (*día*)_____(*mes*) 20____ (*año*) MONEDA:_____

RENOVACION AUTOMATICA: DIEZ AÑOS

Plazo Solicitado:_____

	SEGURO DE VIDA	Suma Asegurada
A	Cobertura de Fallecimiento	
B	Adelanto por Gastos Funerarios	
C	Adelanto por Gastos de Repatriación	
	COBERTURAS OPCIONALES	
A	Indemnización por Muerte Accidental	
B	Adelanto por Pérdidas Orgánicas o Miembros Corporales	
C	Muerte Accidental en Edificios Públicos	
D	Muerte en Accidentes de Tránsito	
E	Adelanto por Invalidez Total y Permanente	
F	Gastos de Escolaridad por Fallecimiento	
G	Canasta Básica por Fallecimiento	
	SEGUROS COMPLEMENTARIOS	
Anexo I	Renta Diaria por Hospitalización	
Anexo II	Enfermedades Graves y Trasplante	

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No. 1942/17-12-2012

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCION

INFORMACION ADICIONAL (Llenar el siguiente cuadro si existen cesionarios)

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCION

Observaciones del Asegurado sobre la designación de Cesionario:

Si el presente seguro ha sido cedido en garantía al o los Cesionarios designados, automáticamente se está traspasando los derechos del Asegurado y Beneficiarios a los Cesionarios Inscritos.

Si los derechos del Cesionario fueron menores a la Suma Asegurada, los remanentes serán pagados a los beneficiarios designados e inscritos en la Póliza.

PRIMAS

PRIMA TOTAL:_____ FRECUENCIA DE PAGO: _____ MODO DE PAGO:_____

DECLARACION DE SALUD

Fumador: SI ☐ NO ☐ Estatura:_____ (mts.) Peso:_____(libras)

¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticado o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?

1. Tumores o Cáncer	SI ☐	NO ☐	8. Diábetes Mellitus	SI ☐	NO ☐
2. Enfermedades del Corazón	SI ☐	NO ☐	9. Enfermedades Pulmonares	SI ☐	NO ☐
3. Infartos	SI ☐	NO ☐	10. Derrame Cerebral	SI ☐	NO ☐
4. Presión Sanguínea Alta	SI ☐	NO ☐	11. Tiene Pendiente alguna Operación	SI ☐	NO ☐
5. Insuficiencia Renal	SI ☐	NO ☐	12. Está bajo Tratamiento Médico	SI ☐	NO ☐
6. SIDA	SI ☐	NO ☐	13. Otras Enfermedades	SI ☐	NO ☐
7. Enfermedades Mentales	SI ☐	NO ☐			

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE:

PREGUNTAS	ENFERMEDAD O DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

Favor indicar Fecha de última visita al médico y nombre del médico y hospital:

Fecha:_____

Médico:_____

Clínica:_____

Ha estado hospitalizado? SI ☐ NO ☐ Fecha:_____

Causa:_____

Ha solicitado algún seguro de vida que haya sido denegado por alguna compañía? SI ☐ NO ☐

Detalles:_____

Deportes y aficiones que practica:_____

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No. 1942/17-12-2012

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros, y si en base de las mismas se emitiere cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, considerando para esta nulidad la Cláusula de Indisputabilidad establecida en las Condiciones Generales del seguro. También acepta que en el caso de que hubiera respuesta afirmativa, la Compañía se reservara el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección, así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Compañía.

Con la consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo por este medio, aun en caso de mi muerte, al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a SEGUROS ATLANTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud.

Nombre y Firma del Solicitante: _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No. 1942/17-12-2012

Seguros Atlántida, S.A., con domicilio en Tegucigalpa, M.D.C.; República de Honduras C.A.; en adelante referida como la COMPAÑÍA de conformidad con esta Póliza, sus Condiciones Particulares, la Solicitud del Asegurado, la Declaración de Salud del ASEGURADO, las declaraciones al médico examinador, informes referentes a la salud del ASEGURADO, los endosos que se le agreguen y mediante el pago de la prima correspondiente se compromete, en caso de la ocurrencia de un evento cubierto, a prestar los beneficios establecidos en las coberturas contratadas.

La vigencia de las coberturas aparece indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y están sujetas al pago en tiempo y forma de la prima estipulada.

Si esta Póliza no concuerda con la solicitud que le dio origen, el Asegurado deberá solicitar la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince (15) días que sigan a aquel en que la recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta Póliza si no solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince (15) días siguientes de recibida la petición de rectificación a que se refiere el párrafo anterior, la COMPAÑÍA no declara al Contratante que no puede proceder a ésta, la misma de entenderá aceptada en sus términos de la solicitud de este último.

SECCION 1: COBERTURAS DEL SEGURO DE VIDA

El ASEGURADO identificado en las Condiciones Particulares de la póliza está cubierto según lo detallado en los siguientes beneficios:

A. COBERTURA BASICA DE FALLECIMIENTO

La COMPAÑIA se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada de esta cobertura, cuyo monto se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, en caso que ocurra el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, descontando los pagos que se hubieren realizado en concepto de las coberturas de Gastos Fúnebres y Gastos de Repatriación.

B. COBERTURA DE GASTOS FUNEBRES

La COMPAÑIA, en caso que se produzca el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, pagará los gastos fúnebres hasta el límite de esta cobertura según se indica en las Condiciones Particulares de la póliza y como adelanto al monto establecido para la cobertura Básica de Fallecimiento.

C. COBERTURA BASICA DE GASTOS DE REPATRIACION

La COMPAÑIA, en caso que se produzca el fallecimiento del Asegurado fuera de la República de Honduras durante la vigencia de la póliza, pagará los gastos de repatriación hasta el límite de esta cobertura según se indica en las Condiciones Particulares de la póliza y como adelanto al monto establecido para la cobertura Básica de Fallecimiento.

SECCION 2: COBERTURAS OPCIONALES

La COMPAÑIA pone a disposición del ASEGURADO las siguientes coberturas opcionales. El cual estará cubierto según lo detallado en las siguientes coberturas únicamente cuando éstas

consten como contratadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

SECCION 2.1. COBERTURAS OPCIONALES DE ACCIDENTE

A. COBERTURA DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL

Siempre que esta cobertura sea contratada y así conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, la COMPAÑIA se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada de este beneficio si el fallecimiento del ASEGURADO se produce a consecuencia directa de las lesiones producidas por un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura, descontando los pagos que se hubieren realizado en concepto de la cobertura de Adelanto por Pérdidas Orgánicas. Es condición para la prestación de los beneficios establecidos en esta cobertura que las consecuencias del accidente se manifiesten en un plazo no mayor a noventa (90) días corridos, contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro.

B. COBERTURA DE ADELANTO POR PERDIDAS ORGANICAS O MIEMBROS CORPORALES

Siempre que esta cobertura sea contratada y así conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, la COMPAÑIA se compromete a pagar al Asegurado el porcentaje señalado en el siguiente cuadro de la Suma Asegurada de este beneficio, si el ASEGURADO sufre, a consecuencia directa de las lesiones producidas por un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura, pérdidas orgánicas, de la vista o audición o miembros corporales.

CUADRO DE INDEMNIZACIONES

#	POR LA PERDIDA DE	PORCENTAJE
a	La visión de ambos ojos, ambos brazos o ambas manos, ambas piernas o ambos pies, una mano y un pie.	100%
b	La pérdida total de la audición completa de ambos oídos, de un brazo, de una mano, de una pierna, de un pie, o la visión de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido ceguera total del otro, antes de contratar esta Cobertura Adicional.	50%
c	La visión de un ojo en caso que no existiere ceguera total del otro, antes de contratar esta Cobertura Adicional.	35%
d	La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar esta Cobertura Adicional.	25%
e	El pulgar derecho o izquierdo.	20%
f	El índice derecho o izquierdo.	15%
g	La audición completa de un oído.	13%
h	Cualquiera de los otros dedos de la mano.	5%
i	Un dedo del pie.	3%

La responsabilidad de la COMPAÑÍA en ningún caso, excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el ASEGURADO sufriera en uno o más eventos varias de las pérdidas especificadas. Es condición para la prestación de los beneficios establecidos en esta cobertura que las consecuencias del accidente se manifiesten en un plazo no mayor a noventa (90) días corridos, contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro.

C. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN EDIFICIOS PÚBLICOS

Siempre que esta cobertura sea contratada y así conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, la COMPAÑÍA se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada de este beneficio si el fallecimiento del ASEGURADO se produce a consecuencia directa de las lesiones producidas por un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura mientras estuviese

viajando como pasajero en un ascensor normal de pasajeros (excluyendo los ascensores de minas) o como consecuencia del incendio ocurrido durante la vigencia de la cobertura de cualquier teatro, hotel o edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al comienzo del incendio. Es condición para la prestación de los beneficios establecidos en esta cobertura que las consecuencias del accidente se manifiesten en un plazo no mayor a noventa (90) días corridos, contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro.

D. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO

Siempre que esta cobertura sea contratada y así conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, la COMPAÑÍA se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada de esta cobertura si el fallecimiento del ASEGURADO se produce a consecuencia directa de las lesiones producidas por un Accidente de Tránsito según se define en la Sección "5. Definiciones", ocurrido durante la vigencia de la cobertura. Es condición para la prestación de los beneficios establecidos en esta cobertura que las consecuencias del accidente se manifiesten en un plazo no mayor a noventa (90) días corridos, contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro.

SECCION 2.2. COBERTURAS OPCIONALES DE INVALIDEZ

E. COBERTURA DE ADELANTO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Siempre que esta cobertura sea contratada y así conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, la COMPAÑÍA se compromete a pagar al Asegurado la Suma Asegurada que se debiera pagar por la Cobertura Básica de Fallecimiento, si el ASEGURADO sufre durante el período de vigencia de la cobertura la invalidez total y permanente, según se define en la Sección "5. Definiciones", por un período comprobable mayor a seis (6) meses.

La suma a la que tenga derecho el Asegurado se pagará en doce (12) mensualidades iguales a partir del séptimo (7°) mes de invalidez total y permanente comprobada.

Cuando lo estime necesario, la COMPAÑÍA podrá exigir comprobación de que continua el estado de invalidez total y permanente del ASEGURADO. Si este se niega a esa comprobación, o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente; cesará el pago de las rentas mensuales sucesivas.

SECCION 2.3. COBERTURAS OPCIONALES ADICIONALES POR FALLECIMIENTO

F. COBERTURA DE GASTOS DE ESCOLARIDAD POR FALLECIMIENTO

Siempre que esta cobertura sea contratada y así conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, la COMPAÑIA se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada de este beneficio si ocurre el fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de esta cobertura.

G. COBERTURA DE CANASTA BASICA POR FALLECIMIENTO

Siempre que esta cobertura sea contratada y así conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, la COMPAÑÍA se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada de este beneficio si ocurre el fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de esta cobertura.

SECCION 3: SEGUROS COMPLEMENTARIOS

La COMPAÑÍA pone a disposición del ASEGURADO los siguientes seguros complementarios:

1. Seguro Complementario de Renta Diaria por Hospitalización (Anexo I).
2. Seguro Complementario de Enfermedades Graves y Trasplantes (Anexo II).

La COMPAÑÍA se verá obligada en virtud de estas coberturas únicamente cuando estas consten como contratadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

SECCION 4: EXCLUSIONES

Con respecto a las coberturas de la Sección "1. Seguro de Vida" y de la Sección "2.3. Coberturas Opcionales Adicionales por Fallecimiento", la COMPAÑÍA no cubre cuando la causa del siniestro reclamado se deba a:

a. Suicidio, automutilación, o autolesión. En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, cualquiera haya sido su causa y el estado mental o físico, la COMPAÑIA pagará a los beneficiarios la cobertura básica por fallecimiento, excepto cuando el suicidio ocurra dentro de los primeros dos (2) años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, en este caso la responsabilidad de la COMPAÑIA se limitará al pago de la porción de prima no devengada a partir de la fecha de suicidio.

   En caso de haber realizado un aumento de la suma asegurada, la COMPAÑIA pagará a los beneficiarios, tanto la Suma Asegurada Original más el aumento de la misma, si a la fecha del suicidio ha transcurrido dos años de vigencia continua a partir de la fecha de incremento; de no haber transcurrido dos años de vigencia continua a partir de la fecha del incremento, solo se pagará a los beneficiarios la Suma Asegurada Original, siempre y cuando se haya cumplido lo establecido, en el párrafo primero del presente inciso.
b. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, que atente contra la vida del ASEGURADO por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la suma asegurada o la indemnización.
c. Guerra, invasión, actos de enemigos, extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
d. Participación activa del ASEGURADO en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
e. Participación activa del ASEGURADO en actividades propias del crimen organizado, delincuencia organizada, narcotráfico y el lavado de activos de acuerdo con lo establecido en el Decreto Legislativo No. 45-2002 del 05 de marzo del 2002.
f. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva de sustancias químicas o biológicas.

Con respecto a los beneficios opcionales de la Sección "2.1. Coberturas Opcionales de Accidente", la COMPAÑÍA no cubre cuando la causa del siniestro reclamado se deba a:

g. Cualquiera de las causas excluidas para el Seguro de Vida (exclusiones "a" a "f").
h. Cuando el ASEGURADO actúe como piloto o pasajero en algún vehículo que participe en

pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.

i. **Accidentes ocasionados como consecuencia de que el ASEGURADO sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncopes; y los accidentes que se produzcan bajo el efecto de las drogas, a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción medica y que estas no adviertan al paciente sobre su consumo cuando se maneje maquinaria y/o vehículos automotores o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.**
j. **Accidentes causados por trabajos en fábricas de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos u otras, donde se utilicen substancias combustibles, tóxicas del petróleo y gas, o explosivas.**
k. **Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de las leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes.**
l. **Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos, o por malicia o imprudencia del ASEGURADO.**
m. **Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el ASEGURADO esté prestando servicios en la fuerza de la policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.**
n. **Accidentes ocurridos por la participación del ASEGURADO en homicidio o acciones dolosas de cualquier tipo, y cuando el ASEGURADO esté involucrado en actividades violatorias de la ley y contra su propia vida.**
o. **Cuando el ASEGURADO cometa infracciones tipificadas y calificadas como "muy grave" conforme a lo dispuesto en el Decreto Legislativo 205-2005 del 16 de agosto del 2005 que contiene la Ley de Tránsito.**
p. **Accidentes que sobrevengan al ASEGURADO mientras se encuentre manejando o como pasajero en una motoneta, motocicleta o patineta.**
q. **La ingesta de bebidas alcohólicas en una cantidad superior a la escala internacional prohibitiva a que se refiere la ley de penalización de la embriaguez habitual o por el consumo de sustancias psicotrópicas.**

Con respecto a las coberturas de la Sección "2.2 Coberturas Opcionales de Invalidez":

r. **Cualquiera de las causas excluidas anteriormente (exclusiones "a" a "q").**
s. **Enfermedades preexistentes o lesiones corporales ocurridos antes de la fecha de vigencia de esta cobertura.**
t. **Cualquier enfermedad mental.**

SECCION 5: DEFINICIONES

COMPAÑÍA: Seguros Atlántida, S.A., quien asume los riesgos y se obliga en virtud de las coberturas efectivamente contratadas definidas en la presente Póliza.

ASEGURADO: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Generales y Endosos de la Póliza y aparece identificado como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

PRIMA: Contraprestación que, en función del riesgo debe pagar el Asegurado a la COMPAÑÍA en virtud de la celebración del contrato.

SINIESTRO: Acontecimiento futuro e incierto mediante el cual se materializa el riesgo objeto de este contrato de seguro y del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la COMPAÑÍA.

BENEFICIARIOS: Persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido la indemnización que deba pagar la COMPAÑÍA.

EDAD: A los efectos de esta póliza, la edad del ASEGURADO será la edad alcanzada a la fecha de inicio de vigencia.

ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidente los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el ASEGURADO.

Por extensión y aclaración se considerarán también como accidentes, los sufridos a consecuencia de:

1. La asfixia o intoxiación por vapores o gases.
2. La asfixia por inmersión u obstrucción.
3. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias toxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado siempre que no hayan sido suministrados intencionalmente.
4. El carbunclo o tétano de origen traumático.
5. La intoxicación o las infecciones microbianas originadas mediante heridas externas producidas como consecuencia de lesiones accidentales.
6. La rabia.

Las lesiones a causa de tentativa de homicidio y el homicidio no son considerados como un accidente.

ACCIDENTE DE TRANSITO: Evento súbito, imprevisto y violento que es causado directamente por un vehículo automotor, excepto cuando el Asegurado sea ocupante de una motocicleta.

ENFERMEDAD: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico; las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas anteriormente, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el ASEGURADO.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES: Se entenderán que son preexistentes aquellas situaciones que afectan las condiciones de la salud o enfermedades que hayan sido diagnosticadas medicamente o conocidas por el ASEGURADO, o cuyos síntomas o signos hayan sido conocidos por el ASEGURADO antes de la contratación o incorporación al presente seguro.

GASTOS FUNEBRES: Aquellos gastos incurridos a causa del fallecimiento del Asegurado.

GASTOS DE REPATRIACION: Aquellos gastos que se incurran en el trámite, certificaciones y traslado del cadáver únicamente hacia la República de Honduras, hasta el límite registrado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Será aquella sufrida a consecuencia de lesión corporal o de enfermedad, que impiden absoluto al asegurado dedicarse a cualquier negocio u ocupación y a

desempeñar trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos, y que haya persistido sin interrupción por un período no menor de seis (6) meses (la incapacidad de tal duración se considerará como permanente únicamente con el fin de poder determinar la fecha en que comienzan las obligaciones que se asumen en este contrato).

Adicionalmente, se considerarán como invalidez total y permanente, las producidas por la pérdida:

- Absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos
- De ambas manos o de ambos pies
- De una mano y un pie conjuntamente
- De total de una mano, un pie y la vista en un ojo

Por pérdida total se entenderá, la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. Entendiéndose por amputación de una mano o un pie su separación a nivel de la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente, o arriba de ello.

SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad de la COMPAÑÍA.

SECCION 6: PRIMAS

1. PLAN Y FORMA DE PAGO

El Plan de pagos está constituido por las primas requeridas para cubrir las coberturas; en virtud de ello el ASEGURADO acepta realizar los pagos de las primas en las fechas de vencimiento establecidas, conforme a lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. El cumplimiento por parte del ASEGURADO permitirá mantener en vigor la póliza hasta la terminación del plazo del seguro contratado.

2. PRIMA PROGRAMADA ANUAL

El cuadro de coberturas se ha fijado sobre la base de una prima anual y anticipada, sin embargo; a solicitud del ASEGURADO y aceptación de la COMPAÑÍA la prima programada anual podrá pagarse en forma fraccionada o podrá adelantarse la prima de vigencias futuras, de acuerdo con la política vigente de la COMPAÑÍA.

3. PRIMAS Y PERIODO DE GRACIA

Si el ASEGURADO en su caso no efectuare el pago de la prima programada anual o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento dispondrá de un período de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima en descubierto. Si al término de dicho plazo, la prima no ha sido pagada, los efectos de la póliza cesarán de inmediato sin necesidad de aviso o declaración especial. Si dentro del período de gracia, ocurre cualquier evento amparado por el programa de coberturas, la COMPAÑÍA procederá a la prestación de los beneficios correspondientes y a deducir de ella el total de las primas pendientes de pago para completar la prima anual.

4. LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA

Todo pago de prima deberá efectuarse en las oficinas de la COMPAÑÍA de seguros contra entrega del recibo oficial correspondiente. No es deber de la COMPAÑÍA de seguro dar noticias de los vencimientos de primas y gestionar su cobro, si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de residencia del ASEGURADO, esto no sentará precedente alguno de obligación.

SECCION 7: VIGENCIA Y TERMINACION

1. VIGENCIA DE LA POLIZA

La vigencia de este contrato será efectiva a las 12 horas del día de Inicio de Vigencia establecido en las Condiciones Particulares. La vigencia de la póliza será anual. Se producirá la terminación de esta póliza en el momento que ocurra:

a) Fallecimiento del ASEGURADO.
b) Solicitud de cancelación por parte del ASEGURADO.
c) Transcurrido el período de gracia para el pago de la prima definido en esta póliza.
d) Omisión o falsedad de información que en caso de haberse conocido al momento de la emisión, la COMPAÑÍA hubiese rechazado o tarificado con recargos la propuesta; siempre y cuando para el caso de la cobertura de fallecimiento no se haya cumplido el período de indisputabilidad.
e) Ocurra un siniestro que esté amparado por una cobertura adicional contratada, en el que abone la indemnización cuyo efecto sea la terminación o anulación anticipada de este seguro o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los endosos respectivos.

2. RENOVACION AUTOMATICA

Este seguro se renovará automáticamente en su fecha de terminación con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre la COMPAÑÍA y el ASEGURADO. En cualquier fecha de renovación el ASEGURADO podrá solicitar por escrito modificaciones al programa de coberturas. Para incrementos de Suma Asegurada deberá presentar, a satisfacción de la COMPAÑÍA, las pruebas de asegurabilidad que esta requiera.

3. REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago, este contrato de seguro no podrá ser rehabilitado.

4. VALORES DE LA PÓLIZA

Esta póliza no genera ningún tipo valor de rescate o dividendo ni valores de seguro saldado o prorrogado.

SECCION 8: NORMAS APLICABLES EN CASO DE SINIESTROS

5. AVISO DE SINIESTROS

Tan pronto como el ASEGURADO o beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá de comunicarlo por escrito a la COMPAÑÍA en un plazo máximo de cinco (5) días.

6. DOCUMENTOS, DATOS E INFORMES

La COMPAÑÍA tiene el derecho de exigir del ASEGURADO o Beneficiario toda clase de documentación e informes sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En todos los casos se deberán presentar:

1) Contrato de Seguro original.
2) Cédula de identidad o certificación del acta de nacimiento del ASEGURADO.

Según la cobertura reclamada, se deberán presentar los siguientes documentos en original:

a. En caso de una reclamación relacionada con las Coberturas de la Sección "1. Seguro de Vida" y "2.3. Coberturas Opcionales Adicionales por Fallecimiento", los beneficiarios deberán presentar:
   1. Certificado del acta de defunción.
   2. Certificación médica, expedida por el médico que atendió al ASEGURADO en su última enfermedad.
   3. Copia de cédula de identidad o certificación original del acta de nacimiento de los Beneficiarios.
   4. Certificación de tutoría legal (en caso de Beneficiarios menores de edad).

b. En caso de una reclamación relacionada con las Coberturas de la Sección "2.1. Coberturas Opcionales de Accidente", los beneficiarios deberán presentar:
   1. Certificación médica, extendida por el médico que atendió al ASEGURADO por el accidente.
   2. Certificación o parte de la autoridad competente que tomó nota en el momento de los hechos.
   3. Certificado del acta de defunción en caso de fallecimiento por accidente.
   4. Copia de cédula de identidad o certificación original del acta de nacimiento de los Beneficiarios.
   5. Certificación de tutoría legal (en caso de Beneficiarios menores de edad).

c. En caso de Invalidez Total y Permanente:
   1. Certificación médica original de la incapacidad total y permanente.
   2. Pruebas y exámenes médicos que la COMPAÑÍA requiera.

En todos los casos, la COMPAÑÍA tiene el derecho a solicitar cualquier otro documento que estime necesario para probar la procedencia del reclamo. La COMPAÑÍA no está obligada a el pago de las prestaciones establecidas en este seguro si el ASEGURADO o sus Beneficiarios no han presentado la información indicada en esta Sección.

Todo adeudo del ASEGURADO con relación con esta póliza a favor de la COMPAÑÍA, será deducido de cualquier pago que ésta hubiere de hacer al ASEGURADO o beneficiarios en razón de la misma.

7. PLAZO PARA INDEMNIZAR

Una vez recibida la información requerida en forma completa para decidir sobre la procedencia del reclamo, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada de acuerdo a las coberturas contratadas dentro de los treinta (30) días siguientes.

El pago será entregado al Asegurado o al(os) Beneficiario(s) con el finiquito correspondiente, el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

8. EDAD

La edad declarada por el ASEGURADO deberá de comprobarse en forma fehaciente, antes de que la COMPAÑÍA efectuara cualquier pago en relación con la presente póliza. Si la comprobación se hiciere en vida del ASEGURADO, la COMPAÑÍA extenderá la respectiva constancia y no podrá exigir nuevas pruebas sobre estos extremos, para efectuar cualquier pago.

Si de la mencionada comprobación resultare, que la edad verdadera del ASEGURADO al emitirse la póliza, se encontraba fuera de los límites de aceptación de la COMPAÑIA, el contrato de seguro será rescindido y la COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO o a los Beneficiarios, si la prueba fuese posterior al fallecimiento de aquel, la porción de prima no devengada a partir de la fecha de comprobación de la edad.

Si la edad verdadera fuese distinta de la declarada, pero encontrándose comprendida en los límites de aceptación, se procederá de conformidad con lo perceptuado en el artículo 1231 del Código de Comercio de la República de Honduras.

9. REINTEGRO

Si posteriormente al pago de una reclamación la COMPAÑÍA llegare a comprobar que el mismo era improcedente, de acuerdo con las condiciones del contrato, la COMPAÑÍA podrá solicitar, judicial o extrajudicialmente, de quienes recibieron el pago, el reintegro total o parcial de dicho pago.

SECCION 9: NORMAS RELATIVAS A LA FORMA DE CONTRATO

10. NULIDAD

La COMPAÑÍA tendrá el derecho a solicitar la nulidad del contrato de seguros en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza si ha mediado dolo o mala fe por parte del ASEGURADO o sus representantes en el suministro de la información relevante al riesgo. La COMPAÑÍA contará con un plazo de tres (3) meses siguientes a partir del día en que haya conocido la inexactitud de la información o la reticencia para realizar la impugnación, transcurrido este plazo la COMPAÑIA perderá el derecho de impugnar la póliza.

La COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima correspondiente al período del seguro en curso, en el momento que pida la anulación y en todo caso a las primas convenidas en el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior no estará obligada la COMPAÑÍA a pagar la indemnización.

11. INDISPUTABILIDAD

Este contrato, será indisputable a partir de la fecha en que se cumpla dos (2) años, desde el inicio de su vigencia; siempre y cuando dicho termino transcurra durante la vida del ASEGURADO, y al efecto la COMPAÑÍA renuncia a todos los derechos que, conforme a la ley, son renunciables para anularlo o rescindirlo, en los casos de omisión o de inexacta declaración, al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración.

Si el ASEGURADO solicitare incremento en la suma asegurada de la póliza, estos también serán disputables durante los dos primeros años, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de los mismos, en vida del ASEGURADO.

La presente cláusula de indisputabilidad aplica únicamente para la cobertura básica por fallecimiento y en ningún caso aplica para las coberturas adicionales contratadas, las que serán disputables en cualquier momento durante o después de la vigencia de esta póliza.

12. EDADES DE ACEPTACIÓN

Podrán asegurarse en la póliza las personas que hayan satisfecho los requisitos de asegurabilidad establecidos y su edad esté comprendida entre la edad mínima y edad máxima de aceptación establecidas en la presente cláusula:

1. Para las Coberturas de Seguros de Vida entre las edades de 18 a 70 años.
2. Para las Coberturas Opcionales entre las edades de 18 a 65 años.
3. Para las Coberturas Complementarias entre las edades de 18 a 60 años.

13. MODIFICACIONES

Toda modificación al contrato, deberá de ser solicitado por escrito a la COMPAÑÍA, y para su validez

deberá ser aceptada mediante endoso firmado por funcionario autorizado de la COMPAÑÍA que se agregará a la póliza y si procede, actualizará las Condiciones Particulares de la póliza. Los agentes o cualquier otra persona de la COMPAÑÍA, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

14. MONEDA

La moneda de la póliza, Lempiras o Dólares de los Estados Unidos de América, se indicará en las Condiciones Particulares.

Si las primas y la suma asegurada de esta póliza han sido pactadas en Dólares de los Estados Unidos de América, las indemnizaciones a que haya lugar serán liquidables en Dólares de los Estados Unidos de América; sin embargo, si el ASEGURADO ha pagado las primas por su equivalente en Lempiras, las indemnizaciones se efectuarán también en Lempiras, calculadas al tipo de cambio para la compra del sistema bancario en la fecha del siniestro. Lo anterior salvo disposición legal en contrario.

15. BENEFICIARIOS

El ASEGURADO tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El ASEGURADO deberá de notificar el cambio por escrito a la COMPAÑÍA, indicando el nombre del nuevo beneficiario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la COMPAÑÍA pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

El ASEGURADO podrá renunciar en forma irrevocable al derecho de cambiar la designación del beneficiario, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a la COMPAÑÍA y que conste en la presente póliza.

Si hubiesen varios beneficiarios, falleciere alguno la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los sobrevivientes, salvo indicación en contrario del ASEGURADO; cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del ASEGURADO; la misma regla se observará salvo estipulación en contrario en caso de que el beneficiario y el ASEGURADO mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el ASEGURADO y no se hubiera hecho nueva designación.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, las coberturas aseguradas y todas las cantidades derivadas de este contrato, serán pagadas al beneficiario o beneficiarios que resulten serlo según lo estipulado en esta cláusula.

16. CESIÓN

Esta póliza podrá ser cedida en garantía a terceras personas, traspasándose automáticamente los derechos del ASEGURADO y de los beneficiarios, en su caso, el cesionario o la persona que este designe; pero la COMPAÑÍA no asumirá responsabilidad alguna a la validez de tales cesiones.

La cesión se hará mediante declaración suscrita por las partes y notificada por escrito a la COMPAÑÍA y tendrá efecto cuando ésta avise a las partes que ha recibido la notificación. Si la suma asegurada por cuya garantía se establece la cesión, fuese inferior a los derechos de esta póliza la diferencia se pagará al ASEGURADO o a los Beneficiarios, en su caso.

17. COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la COMPAÑÍA deberán hacerse por escrito a su domicilio social. Las

comunicaciones de la COMPAÑÍA al ASEGURADO los hará por escrito al último domicilio reportado por éste.

18. PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con el artículo 1156 del Código de Comercio de la República de Honduras, todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en los artículos 1157 y 1159 del mismo Código.

19. JURISDICCIÓN

Las partes se someten a la Jurisdicción de los Tribunales de la República de Honduras, para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución del presente contrato. No obstante lo anterior, las partes podrán convenir, de mutuo acuerdo someter sus controversias al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio más cercana al domicilio del Asegurado o Beneficiario, si lo consideran conveniente a sus intereses.

Nombre y Firma del Solicitante:_____ Fecha:_____

Nombre y Firma del Intermediario:_____ Fecha:_____

Revisado y Aprobado por:_____ Fecha:_____

No. de Registro del Intermediario en la C.N.B.S._____

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No. 1942/17-12-2012