

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, conviene con el CONTRATANTE nombrado en las Condiciones Particulares (en adelante denominado “el CONTRATANTE”) en celebrar un contrato de seguros de VIDA POR SALDO DE DEUDA que cubre los riesgos de MUERTE DEL DEUDOR ASEGURADO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, y demás estipulaciones contenidas en la Póliza.

Forman parte del Contrato Completo entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE, estas Condiciones Generales, sus Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, las Declaraciones del CONTRATANTE, el consentimiento del Asegurado, el Certificado Individual de Seguro y las declaraciones de Asegurado en el Formulario de Suscripción y/o Declaración de Salud, así como los endosos que se anexen.

Según el Artículo 87 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, 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 calendario siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

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

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

SECCION 1: DEFINICIONES

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

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.

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 el Listado de Asegurados entregado por el CONTRATANTE. Para efectos de esta póliza, se trata del deudor del CONTRATANTE.

BENEFICIARIO: Es el contratante de la póliza. Es la entidad financiera que otorgó el crédito a quien Compañía hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza a la muerte del ASEGURADO, sujeto a los términos y condiciones de la misma. En términos generales, es la persona jurídica que tiene un interés lícito de carácter económico en las personas aseguradas, en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la COMPAÑÍA.

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

CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, que recoge los principios básicos que regulan el contrato de seguros, como son los derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes contratantes.

CONDICIONES PARTICULARES: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguros, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del CONTRATANTE y ASEGURADO, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos, límites de edad, cláusulas especiales, exclusiones y deducibles.

CONSENTIMIENTO: Es el acuerdo de voluntades que existe entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA determinado en el contrato de seguro.

CONTRATANTE: Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su propia naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado. Puede concurrir en el CONTRATANTE la figura de ASEGURADO y BENEFICIARIO del seguro.

DEUDA: Cuando se utilice la expresión “una deuda”, significa la cantidad que debe el deudor al CONTRATANTE en virtud de un crédito, bajo un acuerdo estipulado y se definen los siguientes tipos de créditos: Personales y Prendarios.

DEUDOR: Cualquier persona física que contraiga deuda con el CONTRATANTE en, o después de la fecha efectiva de la póliza, en concepto de créditos. En caso de que una misma deuda sea contraída por varias personas, cada persona se considerará un deudor por sí mismo por la suma total adeudada al CONTRATANTE y estará sujeto a todas las condiciones de esta póliza. Siempre que se trate de créditos mancomunados, deberá existir interés asegurable entre los deudores. En la expresión “Deudor” no se considerará incluida cualquier corporación o sociedad mercantil; por lo tanto, ninguna corporación o sociedad mercantil será elegible para seguro bajo esta póliza. No obstante, La COMPAÑÍA podrá asegurar al hombre clave de dicha corporación o sociedad mercantil, conforme a los requisitos exigidos a los demás clientes.

EDAD: Solamente pueden ser deudores asegurados, las personas que estén dentro de los límites de edad, establecidos en las condiciones particulares de la póliza.

En caso de que la edad real del asegurado este fuera de esos límites, será nulo el seguro correspondiente a dicho asegurado, limitándose la obligación de la Compañía a devolver la cuota promedio no devengada respecto a ese asegurado por meses completos.

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

FECHA DE DIAGNÓSTICO: Es la fecha en la cual el médico tratante, bien del sistema de seguridad social en salud, o del sistema de riesgos profesionales, o de algún plan complementario, o adicional de salud privado, o un médico particular determina que el padecimiento da origen a una incapacidad total y permanente o invalidez.

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: Es la fecha en la cual la autoridad competente, a petición de un interesado y con base en la historia clínica y demás pruebas y procedimientos pertinentes emite un dictamen sobre el porcentaje de pérdida de la capacidad funcional ya sea por enfermedad común o accidente.

IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Se considera como incapacidad total y permanente el estado de invalidez que le sobrevenga a un asegurado menor de sesenta (60) años de edad, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales permanentes, en forma total y de por vida que le impidan por sus propios medios, desarrollar actividades lucrativas de las cuales derivar sustento o ganancia, siempre que dicha incapacidad haya durado por un período continuo no menor de seis (6) meses, no haya sido causada por culpa del asegurado, cuya estructuración tenga lugar durante la vigencia del presente seguro y haya sido calificada en un porcentaje igual o superior al 80% de la pérdida de la capacidad laboral de acuerdo con lo señalado en la presente póliza.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará automáticamente como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la pérdida física o funcional de las dos manos o de los dos pies, o de toda una mano y todo un pie; con respecto a las manos, la pérdida deberá presentarse al nivel de la articulación radio carpiana (muñeca) o por encima de ella; con respecto a los pies, la pérdida deberá darse al nivel de la articulación tibiotarsiana (tobillo) o por encima de ella.

PERÍODO DE GRACIA: Es el plazo no mayor de treinta (30) días calendario para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera e independientemente del período de pago de las primas descrito en las condiciones particulares.

PRIMA: Contraprestación que, en función del riesgo debe pagar el CONTRATANTE a la COMPAÑIA 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 COMPAÑIA.

SUMA ASEGURADA: Es el valor económico que se define por el CONTRATANTE en la solicitud de seguro para cada persona asegurada que se adhiere al contrato, y que es determinante para que la COMPAÑÍA establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro. Corresponde a la suma máxima que pagará la COMPAÑÍA en concepto de siniestros durante la vigencia de la póliza para una o varias coberturas.

SECCION 2: COBERTURA

1. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

El **ASEGURADO** identificado en el **LISTADO DE ASEGURADOS** declarado por el **CONTRATANTE** está cubierto según lo detallado a continuación:

A. COBERTURA BASICA: MUERTE DEL DEUDOR ASEGURADO

La **COMPAÑÍA** se compromete a pagar a los **Beneficiarios** la **Suma Asegurada** de esta cobertura según se indica en el **Certificado Individual de Cobertura**, en caso que ocurra la muerte a causa de enfermedad o accidente del **Asegurado** durante la vigencia de la póliza, sujeto a las exclusiones, limitaciones y demás condiciones establecidas en esta póliza.

B. COBERTURA: ANTICIPO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La **COMPAÑÍA** pagará al **Beneficiario** el **100%** de la **Suma Asegurada** que se debiera pagar por la cobertura básica de muerte, si el **ASEGURADO** sufre durante el período de vigencia de la cobertura la invalidez total y permanente a causa directa de una enfermedad o accidente cubierto, por un período comprobable mayor a seis (6) meses. La compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en un solo pago en el séptimo (7º) mes de la 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 comprueba que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente; cesara el pago de las rentas mensuales sucesivas.

Esta cobertura es pagadera como anticipo de la cobertura básica de muerte, por lo tanto, los montos pagados en concepto de esta cobertura reducen el monto a pagar de la cobertura básica de muerte. En consecuencia, pagado el valor total asegurado por concepto de esta cobertura, el seguro terminará automáticamente para dicho asegurado.

2. DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada de la cobertura básica de muerte del deudor asegurado se define como la sumatoria de los saldos no vencidos y adeudados por el asegurado, incluyendo intereses corrientes, moratorios y otros cargos en el momento de su muerte o de la declaratoria del estado de invalidez total y permanente, siempre que dichos valores hayan sido reportados a la compañía.

La suma asegurada de la cobertura de Invalidez Total y Permanente es la misma que la cobertura básica de muerte del deudor asegurado.

SECCION 3 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1. EXCLUSIONES

Este seguro no cubre cuando la causa de la muerte sea:

- a. Suicidio, automutilación, o autolesión o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. No obstante, la COMPAÑIA pagará la Suma Asegurada al CONTRATANTE, si la muerte ocurriera como consecuencia de suicidio o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la última fecha de ingreso a la póliza, o desde el aumento de capital ASEGURADO. En éste último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital ASEGURADO.**
- b. Actos de terrorismo perpetuados o cometidos por una o más personas que sean o no miembros de una organización o que tengan alguna conexión o se motiven por hostilidades, acciones u operaciones de guerra, invasión o actos de enemigo extranjero haya o no declaración o estado de guerra, revolución, rebelión insurrección, conspiración u otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del país, aunque no sean a mano armada en poder militar o usurpación de poder, o en la administración o gobierno de cualquier territorio o zona del país en estado de sitio o bajo control de autoridades militares o en confiscación que requiera por cualquier poder civil o militar.**
- c. 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. 144-2014 del 20 de marzo del 2015.**
- d. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, que atente contra la vida del ASEGURADO por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.**

Este seguro no cubre la Invalidez Total y Permanente cuando esta se deba a:

- e. Cuando la invalidez total y permanente, sea causada por el mismo asegurado, ya sea en estado de cordura o de demencia.**
- f. Cuando la incapacidad total y permanente ocurra luego de que el asegurado tenga 60 años o más.**
- g. Cuando la incapacidad total y permanente haya sido diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura.**
- h. Cuando los tramites de la calificación de la incapacidad total y permanente hayan iniciado con 12 meses o menos de antelación al inicio de la vigencia de esta cobertura.**
- i. Cuando el ASEGURADO actúe como piloto o pasajero en algún vehículo que participe en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
- j. Accidentes que se produzcan bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo.**
- k. 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.**
- l. Accidentes que sobrevengan al ASEGURADO mientras se encuentre manejando o como pasajero en una motoneta, motocicleta o patineta.**
- m. Se excluyen las incapacidades cuya causa, directa o indirecta, sea alguno de los eventos considerados como exclusiones de cobertura que, individual o colectivamente, hayan sido establecidas para el seguro básico por muerte al que aplica la presente cobertura.**

SECCION 4 RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Esta póliza y/o los certificados individuales han sido extendidos por la COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones suscritas por el CONTRATANTE en la solicitud del seguro y/o por los asegurados en sus solicitudes individuales y/o en las declaraciones personales de salud.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o por los asegurados, aun hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato y/o la aceptación de las coberturas individuales, o habría modificado las condiciones de las mismas, si la COMPAÑÍA hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o las coberturas individuales, según el caso.

La COMPAÑÍA renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia –excepción hecha si fuese dolosa- como motivo de nulidad, derivada de dichas declaraciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO después de

transcurridos 2 años desde el inicio de esta póliza y/o del certificado individual, según el caso, sin perjuicio de lo establecido en estas condiciones contractuales respecto a la denuncia inexacta de la edad.

La COMPAÑÍA no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del seguro, en las solicitudes individuales y/o en las declaraciones personales de salud para el presente seguro.

SECCION 5 ASEGURADOS

1. PERSONAS ELEGIBLES

Podrán ingresar a esta póliza las personas que cumplan con:

- a. Tener una edad cumplida entre los límites establecidos en las condiciones particulares.
- b. Tener relación comercial con el CONTRATANTE.
- c. Presentar la solicitud de inscripción al seguro por medio del CONTRATANTE.

No se aceptaran personas que se encuentren recibiendo pensión por invalidez del IHSS o de cualquier otra fuente.

2. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

Cuando un Asegurado sea inscrito en la póliza, la compañía emitirá como comprobante un certificado individual de cobertura que el CONTRATANTE entregará al ASEGURADO como constancia de ingreso al seguro indicando la fecha de inicio de la cobertura y las sumas aseguradas contratadas para cada cobertura. El CONTRATANTE O ASEGURADO tendrá 15 días calendario para manifestar cualquier diferencia entre la Solicitud de Seguro y el Certificado Individual de Cobertura. Transcurrido este tiempo, los datos indicados en el certificado se considerarán aceptados por el ASEGURADO.

El seguro de Saldo de Deuda a quien no se le requiera evidencia de asegurabilidad, bajo las disposiciones de esta Póliza, será efectivo en la fecha en la cual la deuda fue incurrida.

El seguro de Saldo de Deuda, a quien sí se le requiera evidencia de asegurabilidad, será efectivo:

- En la fecha en la cual la deuda fue incurrida, si la evidencia de asegurabilidad satisfactoria a La COMPAÑÍA es presentada por el Deudor con anterioridad a la fecha que incurra la deuda; o,
- En la fecha en la cual dicha evidencia es aceptada por LA COMPAÑÍA.

La COMPANIA no será responsable por cualquier reclamo referente a un deudor que no haya sido incluido por el CONTRATANTE en el listado de Asegurados.

3. LISTADO DE ASEGURADOS

El CONTRATANTE enviará a la COMPAÑÍA con la periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza un listado de Asegurados vigentes indicando como mínimo, Número de Préstamo, Fecha de Nacimiento, Nombre Completo, Sexo, Número de Tarjeta de Identidad y Suma Asegurada a la fecha del informe. Cuando se trate de asegurados nuevos que ingresen a la póliza, además deberán adjuntar el respectivo consentimiento de ingreso a la póliza.

Los asegurados que no se incluyan en el listado de asegurados vigentes se considerarán como dados de baja del grupo asegurado.

SECCION 6 PRIMAS

1. PRIMA DE LA PÓLIZA

La prima de la póliza se calcula en base al listado de asegurados y las sumas aseguradas en vigor según de los riesgos detallados por el CONTRATANTE en el Listado de Asegurados.

2. PLAN Y FORMA DE PAGO

El Plan de pagos está constituido por las primas requeridas para cubrir la prima de la póliza; en virtud de ello el CONTRATANTE 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 CONTRANTE permitirá mantener en vigor la póliza hasta la terminación del plazo del seguro contratado.

3. PRIMAS Y PERÍODO DE GRACIA

Si el CONTRATANTE no efectuaré el pago de la prima programada anual o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento dispondrá de un periodo de gracia de treinta (30) días calendario 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 periodo de gracia, ocurre cualquier evento amparado por el programa de coberturas, la COMPAÑÍA procedera 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

Las primas deberán ser pagadas por el contratante en el domicilio de la compañía contra entrega del recibo oficial correspondiente.

5. VIGENCIA EFECTIVA DE LA COBERTURA

El pago de una prima mantiene en vigencia el seguro, solo hasta la fecha de vencimiento en que deba cubrirse la siguiente prima, sujeto a lo indicado en el Período de Gracia.

SECCION 7 VIGENCIA Y TERMINACIÓN

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Este seguro tendrá una vigencia de un año, salvo pacto en contrario expreso en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de vigencia, y se renovará automáticamente por periodos iguales 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 CONTRATANTE.

Este seguro terminará para el Asegurado, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Solicitud de cancelación por parte del CONTRATANTE.
- b) Modificación del riesgo u ocupación de forma que no sea aceptable para la COMPAÑÍA o las nuevas condiciones no sean aceptadas por el CONTRATANTE.
- c) Por decisión del Asegurado mediante solicitud al Contratante.

2. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

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 CONTRATANTE. En cualquier fecha de renovación el CONTRATANTE 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. REHABILITACION

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 OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del contratante las siguientes:

- Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- Pagar a La Compañía la prima total.

- Informar por escrito a La Compañía:
 - a) El ingreso al grupo asegurado de nuevos asegurados con el importe de saldo insoluto de cada deudor, adjuntando la documentación que le requiera la Compañía
 - b) La exclusión definitiva de los asegurados del grupo asegurado:
 - i. Que hayan dejado de ser miembros elegibles
 - ii. Que hayan cancelado el saldo insoluto;
 - iii. Que hayan cumplido la edad máxima estipulada en las condiciones particulares
 - d) La terminación de su calidad como contratante.
- Dar a conocer a las personas que se van a asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado.
- Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por La Compañía.
- No efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada por La Compañía

Los informes del contratante formaran parte integrante de la póliza. El contratante asume su responsabilidad que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

SECCION 9 NORMAS APLICABLES EN CASO DE SINIESTROS

1. AVISO DE SINIESTROS

Tan pronto como el contratante, tenga 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 5 días calendario.

2. INFORMACION RELAVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado, en la Solicitud de Seguro, autorizan a la Compañía a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió la lesión y el monto correcto a ser pagado, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Compañía, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto el Asegurado como el Contratante están obligados a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en

esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del Asegurado cuando y tantas veces como lo requiera mientras esté pendiente una reclamación bajo la póliza y de investigar las circunstancias de la muerte, lesión, accidente o enfermedad, exigir todos los documentos, certificados y expedientes médicos, ficha clínica, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, a practicar la autopsia ya sea antes o después del entierro.

3. DOCUMENTOS, DATOS E INFORMES

La COMPAÑÍA tiene el derecho de exigir del CONTRATANTE O ASEGURADO 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 los siguientes documentos en original:

1. Certificado de Seguro.
2. Copia de la tarjeta de identidad o certificación del acta de nacimiento del ASEGURADO.
3. Certificado del acta de defunción.
4. Certificación médica, expedida por el médico que atendió al ASEGURADO en su última enfermedad o por las consecuencias de accidente, según sea la causa de la muerte.
5. En caso de accidente, certificación o parte de la autoridad competente que tomó nota en el momento de los hechos.
6. Estado de cuenta por parte del contratante en el que se detalle el saldo del préstamo al momento de la muerte del asegurado.

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 CONTRATANTE no ha presentado la información indicada en esta Sección.

Invalidez Total y Permanente

En caso de reclamo de la cobertura de Anticipo por Invalidez Total y Permanente, el Contratante, Asegurado o su representante deberán suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- a. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico, evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado y fecha de estructuración;
- b. En el caso de que el asegurado cuente con cobertura del IHSS, el asegurado debe presentar el dictamen original de dicho instituto y/o el dictamen médico colegiado conforme a las políticas internas de la

Compañía. Cuando el asegurado no sea afiliado al IHSS, se considerará solamente el dictamen médico colegiado definido por la compañía.

- c. Historia clínica y exámenes complementarios según lo requiera la COMPAÑÍA.

Otros Documentos

Además, la COMPAÑÍA podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del accidente como causante de la pérdida.

4. 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 calendario siguientes.

El pago será entregado al CONTRATANTE con el finiquito correspondiente, el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

5. EDAD

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la COMPAÑÍA, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que existe entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- II. Si la COMPAÑÍA hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la COMPAÑÍA estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado, en el momento de la celebración del contrato. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- IV. Si, con posterioridad a la muerte del asegurado, se descubriere que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la COMPAÑÍA estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

- V. Si al fallecimiento del asegurado se comprueba que su edad está fuera de los límites de edad establecidos para el contrato, la COMPAÑÍA no estará obligada a la indemnización.

6. 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 10 NORMAS RELATIVAS A LA FORMA DE CONTRATO

1. 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 CONTRATANTE, 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.

La COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima correspondiente al periodo 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 realizará antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior no estará obligada la COMPAÑÍA a pagar la indemnización.

2. INDISPUTABILIDAD

Este contrato, será indisputable a partir de la fecha en que 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 muerte 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.

3. 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 agregara a la póliza y si procede, actualizara las Condiciones Particulares de la póliza. Los agentes o cualquier otra persona de la COMPAÑÍA, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

4. MONEDA

La moneda de la póliza es en Lempiras, salvo se indique otra moneda en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la COMPAÑÍA deberán hacerse por escrito a su domicilio social. Las comunicaciones de la COMPAÑÍA al CONTRATANTE las hará por escrito al último domicilio reportado por éstos.

Cualquier requerimiento o comunicación relacionada con el presente contrato para ser válida, deberá hacerse por escrito a la Compañía en su domicilio social y al Asegurado a la última dirección que conozca la Compañía.

6. PRESCRIPCION

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.

7. CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre la compañía y el contratante sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos adopción de las partes por la vía de la conciliación y arbitraje: que se llevara en el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio más cercana al domicilio del asegurado, el procedimiento de “conciliación y arbitraje será de acuerdo a las reglas de dicho centro y el mismo será en derecho”.

8. LEGISLACION APLICABLE

Esta póliza ha sido contratada conforme a la legislación de la Republica de Honduras.

COMPAÑÍA

CONTRATANTE

*Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según resolución Nro. _____
del _____*