

CARATULA DE POLIZA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO
PÓLIZA NO. VC248-0000048
VIGENCIA:
DESDE: 28 DE MAYO DE 2022 A LAS 12:00 Meridiano
HASTA: 28 DE MAYO DE 2023 A LAS 12:00 Meridiano

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre: INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO
RTN: 08019011419011
Dirección: Colonia 15 de Septiembre, Comayaguela, M.D.C
Número de Teléfono: (504) 2234-2177. 2234-2522, 2234-2244
Grupo Asegurado:
Agremiados del Instituto de previsión social del profesional del derecho
COBERTURAS AMPARADAS

1. Muerte
2. Doble Indemnización (Muerte Accidental) y Desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental
3. Triple Indemnización por Muerte Accidental Calificada
4. Invalidez Total y Permanente
5. Anticipo por Enfermedad Terminal e Irreversible
6. Exoneración del Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente.
7. Gastos Fúnebres
8. Suicidio
9. Homicidio
10. Gastos de Repatriación

MONEDA: LEMPIRAS

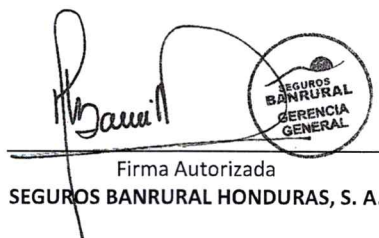
PERIODICIDAD DE PAGO DE PRIMA

MENSUAL

Contributiva No Contributiva

SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A. con domicilio en la Ciudad de Tegucigalpa, al recibir pruebas fehacientes de la ocurrencia del siniestro de cualquiera de los miembros de la colectividad asegurada, pagará el importe de la(s) cobertura(s) que procedan de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza. La Póliza entra en vigor en la fecha de inicio arriba indicada. Las primas son pagaderas por el Contratante al inicio de la vigencia en la periodicidad de pago contratada.

En testimonio de lo cual SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A. firma la presente Póliza en la Ciudad de Tegucigalpa M. D.C., Honduras C. A. el 08 de junio del 2022.


Firma Autorizada
SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S. A.

CONDICIONES ESPECIALES



SEGURO DE VIDA COLECTIVO

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO
PÓLIZA NO. VC248-00000048

VIGENCIA:

DESDE: 28 DE MAYO DE 2022 A LAS 12:00 MERIDIANO
HASTA: 28 DE MAYO DE 2023 A LAS 12:00 MERIDIANO

INTERES ASEGURABLE: Agremiados del Instituto de previsión social del profesional del derecho.

COBERTURAS Y BENEFICIOS

1. Muerte por cualquier causa.
2. Muerte Accidental.
3. Muerte Accidental Calificada.
4. Desmembramiento y perdida de la vista por enfermedad o accidente.
5. Pago anticipado de capital por Incapacidad Total y Permanente.
6. Anticipo por Enfermedad Terminal e Irreversible.
7. Gastos Fúnebres.
8. Suicidio.
9. Homicidio
10. Gastos de Repatriación.

SUMA ASEGURADA

Se establece una suma asegurada a nivel de L.200,000.00 por cada asegurado.

BASE DEL SEGURO:

“Contributivo”

COBERTURAS

1. Muerte por cualquier causa:

En caso de muerte se garantiza el monto de la indemnización equivalente a la suma asegurado.

Se establece una reducción de suma del 50% al cumplimiento de los 70 años.

La Indemnización se realizará a Instituto de previsión social del profesional del derecho quien a su vez indemnizará la misma a los beneficiarios nombrados de acuerdo con su registro de beneficiarios.

CONDICIONES ESPECIALES



2. Doble Indemnización (Muerte Accidental) y Desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental:

Garantiza el pago del doble de indemnización de la suma asegurada para el caso de muerte accidental o bien un porcentaje de esta, de acuerdo con el grado de desmembramiento o afectación de la vista, según lo estipulado en las condiciones generales de este beneficio.

El beneficio del Doble Indemnización se extiende a cubrir al Asegurado hasta la edad de 65 años.

3. Triple Indemnización por Muerte Accidental Calificada:

En caso de Muerte por Accidente "CALIFICADO", se garantiza el triple de la indemnización para el caso de Muerte Accidental.

Se considerará Accidente Calificado:

- ✓ Mientras el asegurado se encuentre dentro de un elevador de pasajeros que no sea el de una mina.
- ✓ Mientras el asegurado se encuentra dentro de un edificio público y que el mismo se incendie.
- ✓ Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero en vehículo de transporte público terrestre, no aéreo, propulsado mecánicamente y con ruta, tarifa itinerario fijo establecido.

El beneficio de la triple Indemnización se extiende a cubrir hasta los 65 años.

4. Invalidez Total y Permanente:

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado a consecuencia de enfermedad o de accidente, la compañía pagará el capital asegurado, siempre que el seguro principal este en vigor y la Invalidez Total y Permanente se produzca antes de que el asegurado cumpla 70 años y que hayan transcurrido por lo menos 6 meses de cobertura consecutivos desde la declaración médica de la invalidez.

A los efectos de la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente el hecho de que el asegurado, quede total y permanentemente incapacitado por lesiones corporales o por enfermedad, para ejecutar cualquier trabajo lucrativo o para dedicarse a cualquier actividad de la que pueda derivar alguna utilidad y siempre que el carácter de tal invalidez sea reconocida permanente, mediante el dictamen de IHSS, la cual debe ser igual o superior al 65%.

La Aseguradora anticipará al asegurado el total de suma asegurada que le corresponde mediante 1 (una) cuota.

CONDICIONES ESPECIALES



Para dar continuidad a la Incapacidad Total y Permanente, La Compañía se reserva el derecho en cualquier tiempo, exigir pruebas satisfactorias de la continuidad de dicha incapacidad. El Asegurado se obliga a someterse a cuantos exámenes médicos sean requeridos por cuenta de la compañía para tal objeto.

El beneficio de Incapacidad se extiende a cubrir hasta los 70 años.

Nota: Para los asegurados que no sean afiliados del IHSS, deberán de presentar los documentos que la compañía estime conveniente para su análisis.

5. Anticipo por Enfermedad Terminal e Irreversible:

Pago anticipado parcial de la suma asegurada básica en caso de enfermedad terminal hasta un 25% de la suma asegurada hasta un máximo de L. 65,000.00 bajo las siguientes condiciones:

- ✓ La póliza se encuentre vigente al momento de declararse la enfermedad como Terminal.
- ✓ Para nuevos ingresos el periodo de espera será de 6 meses.
- ✓ No exista ninguna duda con el periodo de indisputabilidad (la indemnización por muerte a causa de enfermedades graves tendrá cobertura, si la enfermedad aparece después que la persona ha tomado el seguro, y no será amparada si la persona no declaro la enfermedad o declaro falsa información).
- ✓ El asegurado se encuentre en estado de enfermedad Terminal y sus expectativas de vida según dictamen médico no sean superiores a doce meses.
- ✓ Esta cobertura se extiende a cubrir al asegurado antes del cumplimiento de los 70 años.

6. Exoneración del Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente:

En caso de que el asegurado quede incapacitado totalmente para el trabajo, y siempre que tal incapacidad le haya sido producida antes de cumplir 70 años de edad, se exonerará del pago de primas estipulada, hasta un máximo de 12 meses. Este beneficio terminará automáticamente por:

- ✓ Recuperar el asegurado su capacidad de trabajo.
- ✓ Negarse a someterse a los exámenes médicos requeridos para probar la continuidad de la incapacidad.
- ✓ Por vencimiento, caducidad o cancelación a los exámenes requeridos para probar la continuidad de la incapacidad.
- ✓ Al cumplimiento de los 70 años del asegurado.

CONDICIONES ESPECIALES



7. Gastos Fúnebres:

La Compañía indemnizará después de ocurrida la muerte de algún miembro del Grupo Asegurado, la cantidad de L. 25,000.00 en concepto de Gastos Fúnebres, siempre y cuando se presente la documentación que ampare la muerte del asegurado.

La Indemnización se realizará a Instituto de previsión social del profesional del derecho quien a su vez indemnizará la misma a los beneficiarios nombrados de acuerdo con su registro de beneficiarios.

8. Suicidio:

Queda amparado a partir de la vigencia inicial del Contrato, o del ingreso del asegurado a la misma.

9. Homicidio:

Queda amparado a partir de la vigencia inicial del Contrato, o del ingreso del asegurado a la misma.

10. Gastos de repatriación:

La Compañía indemnizará en concepto de gastos de repatriación el 20%, de la suma asegurada.

Clausulas Especiales:

1. Edad de Ingreso y Cobertura:

Edad de ingreso de 15 al cumplimiento de los 70 años de edad, garantizando la cobertura hasta el cumplimiento de los 85 años de edad.

Reducción de suma asegurada del 50%, al cumplimiento de los 70 años de edad.

2. Continuidad de Cobertura:

Se otorga continuidad de cobertura para los asegurados, cuya cobertura haya estado vigente y continua en la compañía de seguros anterior.

CONDICIONES ESPECIALES



3. Reportes:

El contratante enviará a la aseguradora un reporte inicial con el listado y las solicitudes (certificado de vida) de los asegurados, dicho reporte deberá contener:

- ✓ Nombre del Asegurado.
- ✓ Sexo
- ✓ Fecha de nacimiento
- ✓ Edad
- ✓ No. De Identidad

En caso de los movimientos (Inclusiones, renovaciones, cancelaciones), deberán reportarlo mediante nota, junto con el respectivo reporte, en el caso de las inclusiones deberán enviarlas junto con la solicitud (certificado de vida) a la aseguradora para su respectiva revisión y aprobación.

4. Periodo de espera para enfermedades graves y preexistentes:

Se establece un periodo de espera de 12 meses. Esta cláusula aplica para nuevos ingresos.

5. Tasa:

Se realizará un cobro de L. 113.00 mensual por asegurado. Se cobrarán L. 250.00 en concepto de gastos de emisión en cada anualidad.

6. Facturación:

La facturación de la póliza será mensual.

7. El presente seguro tiene cobertura mundial, las 24 horas del día y los 365 días del año.

8. Requisitos a presentar en caso de siniestro:

En caso de Muerte por Enfermedad:

- ✓ Notificación del contratante reportando el siniestro
- ✓ Acta de defunción original del fallecido
- ✓ Copia de tarjeta de identidad del fallecido
- ✓ Declaración del médico que asistió en su enfermedad o accidente
- ✓ Si fue atendido en un hospital o clínica al momento de su fallecimiento presentar Constancia Original firmada y sellada por el director de la institución, especificando: Diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de muerte.

CONDICIONES ESPECIALES



En caso de Muerte accidental, homicidio o suicidio, además de los requisitos antes mencionados deberá presentarse lo siguiente:

- ✓ Certificación de autopsia general
- ✓ Certificación del levantamiento del cadáver original por la Dirección de Medicina Forense
- ✓ Constancia original de la D.P.I
- ✓ Informe original de parte de tránsito en caso de que sea accidente vehicular

9. Cláusula de disputabilidad:

Se establece un periodo de 12 meses.

CONDICIONES ADICIONALES

COVID-19

No aplica periodo de espera para los asegurados que presenten su carnet con el esquema de vacunación completo contra la COVID-19. Para los asegurados que no hayan completado el esquema de vacunación, aplicará un periodo de espera de 6 meses. En cualquier caso, se otorga la cobertura hasta el máximo vitalicio.

CLAUSULA DE CONTROVERSIA

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguro 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 y arbitraje o por la vía judicial.

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

REVISION TRIMESTRAL

Se realizará una revisión trimestral de la siniestralidad de la póliza, en el entendido que, si la siniestralidad es igual o mayor al 70%, la compañía de seguros se reserva el derecho de realizar un aumento de las tarifas. Adicional se realizará un análisis del comportamiento de la cartera en cuanto al número de asegurados.

CONDICIONES ESPECIALES



REVISION DE SINIESTRALIDAD ANUAL

Se realizará una revisión de la siniestralidad de la póliza al vencimiento de la primera anualidad, en el entendido que, si la siniestralidad es igual o mayor al 70%, la compañía de seguros se reserva el derecho de realizar un aumento de las tarifas, pudiendo aplicar hasta un 25% de recargo sobre la tarifa de la póliza, con el objetivo de estabilizar el resultado técnico.

CLÁUSULA 30. Endoso de Exclusión LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

Extendido en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio Distrito Central, el 08 de Junio del 2022.



SEGUROS BANRURAL, S.A.
Representante Legal

SEGUROS BANRURAL

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. CONFORMIDAD DEL CONTRATO

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 devolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiera recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la Póliza o contrato.

Se considerarán aceptadas las ofertas de prórroga, renovación, modificación o restablecimiento de un contrato, hechas en carta certificada o cualquier otro medio escrito o electrónico con acuse de recibo. Si la 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.

CLÁUSULA 2. CONTRATO

Estas condiciones generales, la solicitud, la carátula, los consentimientos-certificados, el registro de asegurados, los anexos o endosos y condiciones especiales y particulares que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación del Contratante, constituyen el contrato entre el Contratante y la Aseguradora.

CLÁUSULA 3. OBJETO DEL SEGURO

La Aseguradora ampara al Asegurado en caso de muerte por cualquier causa de acuerdo con las Condiciones Generales, Anexos y endosos y Condiciones Especiales y Particulares de esta Póliza; y conforme a las coberturas y sumas aseguradas establecidas en el Consentimiento-Certificado de Seguro siempre que la muerte ocurra durante la vigencia de este seguro y no esté excluido conforme a las estipulaciones de esta Póliza y/o sus anexos.

CLÁUSULA 4. DEFINICIONES

ASEGURADORA: la Institución de Seguros denominada **SEGUROS BANRURAL, S.A.**

ANEXO: Documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una



vez que han sido suscritos y/o aprobados por la institución de seguros y el contratante, según corresponda.

ACCIDENTE: Para efectos de esta Póliza se entenderá por 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 accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

ASEGURADO: Es la persona indicada en la Carátula de la Póliza objeto del seguro.

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las instituciones de seguros para regular los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro, siempre y cuando sean comunicadas al asegurado.

CONDICIONES ESPECIALES: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar coberturas, reducir algunas exclusiones, aclarar cláusulas y en general, modificar el contenido o efectos de las condiciones generales o particulares de la póliza.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del contrato de seguro relativas a la naturaleza del riesgo cubierto que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y los beneficiarios, si los hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, el lugar y la forma de pago, vencimiento de la prima, la vigencia del contrato, entre otros.

CONTRATANTE: Es la persona natural o jurídica que suscribe con una institución de seguros una póliza o contrato de seguros.

ASEGURADO TITULAR: Es la persona indicada en el Certificado.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA: Es el documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de la Póliza, nombre del Contratante, identificación completa de la Aseguradora, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, y la firma de la Aseguradora.

CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO: Es el documento donde se indica el consentimiento y los datos particulares del Asegurado, como son: número de Consentimiento-Certificado,



nombre del Asegurado, edad, sexo, nombres de su grupo familiar, coberturas, coberturas adicionales, identificación completa de la Aseguradora, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, y la firma de la Aseguradora.

FAMILIAR ELEGIBLE: El cónyuge o conviviente del Asegurado Titular y todos los hijos(as) solteros(as) dependientes económicamente, incluyendo hijastros(as), menores de 25 años.

GRUPO ASEGURABLE: El que constituyen el personal, miembros o socios que forma parte activa del Contratante.

GRUPO ASEGURADO: El que integran todas las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, quedaron inscritas en el registro de asegurados anexo a esta Póliza.

SUMA ASEGURADA: Es la cantidad máxima que pagará La Aseguradora por cada Asegurado, a consecuencia del riesgo cubierto de acuerdo a las estipulaciones consignadas en esta Póliza y los documentos que forman parte de la misma. Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de La Aseguradora provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en el Consentimiento-Certificado de Seguro.

CLÁUSULA 5. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza que se hará constar en el Consentimiento-Certificado.

La vigencia es anual.

CLÁUSULA 6. EDAD

Las personas amparadas por esta Póliza y para la Cobertura Básica, al momento de tomar el seguro deben tener una edad comprendida entre los dieciocho (18) y setenta y cinco (75) años. El seguro podrá renovarse hasta el cumplimiento de los ochenta (80) años de edad. Para las coberturas adicionales estipuladas mediante Anexo, los límites de edad quedan estipulados en cada uno de los anexos respectivos.

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 empresa aseguradora se reducirá en la proporción que existe entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

II.-Si la empresa 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 Aseguradora 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.

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

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa 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.

Conforme los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

CLAÚSULA 7. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado perderá todo derecho a las indemnizaciones y la Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta Póliza cuando el Asegurado realice declaraciones que fueren falsas, inexactas o que contengan omisiones voluntarias, en la Solicitud de Seguro o cualquier otro documento que entregue a la Aseguradora respecto a hechos o circunstancias importantes para la apreciación y/o evaluación del riesgo al que se le dará cobertura, de conformidad con lo que al respecto se establece en los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio de Honduras. ✓

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurador 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 contratante haya obrado con dolo o con culpa grave. El asegurador perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia. El asegurador 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 el asegurador a pagar la indemnización. Si el seguro concerniera a varias cosas o personas, 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 del Código de



Comercio. Si el contratante 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 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 el asegurador 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.

En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieran noticia de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán en favor del asegurador las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero. Conforme los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 8. PRIMAS

Primas

La prima pagadera por el Contratante, será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo de acuerdo con su riesgo, edad y suma asegurada.

En cada fecha de vencimiento de la Póliza se hará una rectificación de la prima y se calculará de nuevo la promedio por millar de suma asegurada, que se aplicará en el siguiente período. La prima promedio será la que resulte de dividir la suma total de las primas individuales entre la suma total asegurada, tomando en cuenta las tarifas de primas entonces en vigor y las edades en el cumpleaños más próximo de las personas que integren el grupo asegurado en tal fecha.

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación. En este caso, la Aseguradora reembolsará al contratante la prima promedio que corresponda al período comprendido entre la fecha en que se canceló el seguro y aquella hasta la cual la prima haya sido cubierta.

En los casos de " altas " dentro del grupo, o de aumentos en las sumas aseguradas, se cobrará al Contratante la prima promedio por el período comprendido entre la fecha del nuevo seguro o cuando el aumento empiece a surtir efecto, y la del vencimiento de la próxima prima.

Los ajustes se harán tomando como base meses completos.

Forma de Pago de las primas

La forma de pago de la prima estará consignada en el Certificado Individual entregado a cada Asegurado, ya que podrá ser semanal, mensual, trimestral, semestral o anual; tal como lo determine la Aseguradora con el Contratante.

CLAÚSULA 9. PERÍODO DE GRACIA



El Contratante dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la Póliza, si el pago no es efectuado, el contrato cesará en sus efectos automáticamente. En el caso que se pacten pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado período de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes. En caso de siniestro, La Aseguradora deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

CLÁUSULA 10. RENOVACIÓN

La Aseguradora no tendrá acción para exigir el pago de las primas, salvo del derecho de una indemnización por la falta de pago de la prima correspondiente al primer año, que no excederá del quince por ciento de la prima anual estipulada en el contrato. En el seguro de personas, los efectos del contrato cesarán automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima, salvo el caso previsto en el párrafo siguiente:

Si después de cubrir des anualidades consecutivas se dejan de pagar las primas, el seguro quedará convertido en temporal, prorrogado por el monto total de la póliza, de acuerdo con las normas técnicas establecidas para el caso, las cuales deberán figurar en la póliza siempre que el asegurado no haya solicitado por escrito otra opción.

Conforme lo dispuesto en el artículo 1249 y 1250 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 11. REGISTRO DE ASEGURADOS

La Aseguradora entregará al contratante, además de la Póliza y de los Consentimientos-Certificados de seguro, un ejemplar del registro de los componentes del grupo asegurado.

El Contratante queda obligado a proporcionar mensualmente mediante listados electrónicos la información de los deudores a asegurar, el cual deberá de contener:

- a) Nombre del prestatario
- b) Fecha de Nacimiento
- c) Edad
- e) Suma Asegurada
- f) Prima
- g) Fecha de vigencia
- i) Duración del seguro.

Todo movimiento reportado por el Contratante a la Aseguradora, deberá acompañarse de la correspondiente nota de crédito por el pago anticipado de la prima correspondiente.



CLÁUSULA 12. INGRESOS DE ASEGURADO

Pueden ingresar al grupo asegurado todas las personas que, formando parte activa del grupo asegurable, entreguen a la Aseguradora, a través del Contratante, su correspondiente consentimiento, y sus edades estén dentro de los límites establecidos por la Aseguradora. Sus respectivos seguros entraran en vigor al cumplirse estos requisitos. Los miembros del grupo asegurable que no den su consentimiento a la Aseguradora a través del Contratante, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tengan derecho de ingresar al grupo asegurado, deberán presentar a su costa, pruebas de buena salud y de asegurabilidad a satisfacción de la Aseguradora. En este caso el seguro entrará en vigor desde la fecha en que los acepte la Aseguradora.

CLÁUSULA 13. DERECHOS DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO

Cualquier persona que deje de pertenecer al grupo asegurado tendrá derecho a que la Aseguradora le expida, sin necesidad de examen médico, una Póliza de cualquiera de los planes permanentes de seguro individual que aquella emita, por una suma igual o menor a la última suma asegurada de que disfrutaba mediante esta Póliza.

Para ejercer este derecho la Póliza deberá estar en vigor, el interesado no deberá tener más de 60 años de edad al cumpleaños más próximo, y llenará los requisitos siguientes:

- a) Solicitarlo por escrito a la Aseguradora dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que deje de formar parte del grupo; y
- b) Pagar la prima que corresponda conforme a su edad alcanzada y a su ocupación en esta fecha, según las tarifas vigentes de la Aseguradora.

CLÁUSULA 14: BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

El contratante dará inmediato aviso a la Aseguradora de las personas que por cualquier causa dejen de pertenecer al grupo asegurado, así como de la fecha de la separación; y tendrá derecho a que aquella le devuelva la parte no devengada, por meses completos de la prima promedio.

En caso de separación de algún asegurado sin que el contratante dé aviso oportuno a la Aseguradora, los efectos de su seguro terminarán en la fecha en que deje de pertenecer al grupo asegurable.

CLÁUSULA 15: INDISPUTABILIDAD

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

Conforme lo dispuesto en el artículo 1261 del Código de Comercio.



CLÁUSULA 16: SUICIDIO

Luego de transcurridos dos (2) años consecutivos de cobertura de un Asegurado dentro de la Póliza, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada en caso de fallecimiento por suicidio en cualquier estado mental del Asegurado.

La Aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

Conforme lo dispuesto en el artículo 1255 del Código de Comercio

CLÁUSULA 17. BENEFICIARIOS

El Asegurado Titular tiene el derecho de designar en la Solicitud de Seguro a sus beneficiarios y el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos.

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de Beneficiario siempre que esta Póliza esté en vigor y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a La Aseguradora, expresando con claridad el nombre del nuevo Beneficiario para su anotación en la Póliza. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que La Aseguradora pagará el importe del seguro al último Beneficiario del que haya tenido conocimiento sin responsabilidad alguna para ella. Si el Asegurado renuncia a la facultad de cambiar de Beneficiario, se hará constar en la Póliza el carácter irrevocable de la designación.

En caso de que algún beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás beneficiarios sobrevivientes en partes iguales, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del Asegurado. A los efectos del seguro, se presume que el beneficiario de que se trate ha fallecido simultáneamente con el Asegurado cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

Los pagos de beneficios pagaderos a causa de la muerte de un familiar elegible serán pagaderos al asegurado titular si sobreviviere, o en su ausencia, a los herederos legales.

El Asegurado tiene derecho en cualquier momento de cambiar de beneficiarios y deberá comunicarlo por escrito a la Aseguradora, para que dichos cambios surtan efecto.

CLÁUSULA 18. COBERTURA MUERTE POR CUAQUIER CAUSA

Bajo esta cobertura, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora se obliga a pagar a los Beneficiarios, la Suma Asegurada de acuerdo al Plan seleccionado por el Asegurado, cuyo monto se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza. Se incluyen



en esta cobertura personas de 18 a 75 años, con terminación de la cobertura al cumplir los 80 años de edad.

CLÁUSULA 19. EXCLUSIONES

El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre:

- 1. Suicidio antes del segundo año de vigencia de la Póliza.**
- 2. Enfermedades preexistentes desde el momento de suscribir la Póliza (amparado a partir del tercer año de vigencia de la Póliza).**
- 3. SIDA (amparado a partir del tercer año de vigencia de la Póliza).**
- 4. Guerra declarada o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, operaciones hostiles o bélicas (se haya declarado la guerra o no), terrorismo, guerra civil, actos de sedición, conmociones civiles que alcancen proporciones o tengan carácter de alzamiento popular, alzamiento militar, asonadas, rebeliones, revoluciones, poderes militares, o usurpados, ley marcial, y reclamaciones directas o indirectamente derivadas de la fisión o de la fusión nuclear, o de radiactividad.**
- 5. El desempeño de servicio militar, naval o de seguridad, vigilancia o policía.**
- 6. Lesiones corporales causadas intencionalmente al Asegurado por: a) El (los) Beneficiario(s). b) Cualquier otra persona, como consecuencia de actos ilícitos cometidos por el Asegurado.**

CLÁUSULA 20. 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 horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Para los efectos del párrafo 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.

Conforme los artículos 1144 y 1145 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 21. REQUISITOS PARA EL PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de fallecimiento, el o los Beneficiarios y/o el Contratante deben dar aviso por escrito a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro, indicando la fecha, hora y circunstancias que lo produjeron.



El o los Beneficiarios, deberán comprobar el reclamo, utilizando el formulario que para tal objeto proporciona la Aseguradora y de acuerdo con las instrucciones contenidas en el mismo. De igual manera, éstos estarán obligados a presentar a la Aseguradora, cualquier otro documento que se les requiera con el objeto de comprobar el reclamo.

El o los Beneficiarios proporcionaran los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación debidamente completado. ✓
2. Póliza original. ✓
3. Acta de Defunción original. ✓
4. Copia de la Tarjeta de identidad y su original para verificación. ✓
5. Constancia o parte del Ministerio Público (en caso de muerte no natural). ✓
6. Fotocopia de la Tarjeta de Identidad del Asegurado fallecido. ✓
7. Tarjeta de Identidad original de los Beneficiarios mayores de edad. En caso de existir Beneficiarios menores de edad, se requerirá copia de la partida de nacimiento y Certificación de Tutoría Legal. ✓
8. Cualquier otro documento que la Aseguradora estime conveniente y que sea necesario para la comprobación del siniestro.

El pago de la indemnización se realizará en las oficinas centrales de la Aseguradora dentro de los sesenta (60) días a partir del recibo de la documentación solicitada por la Aseguradora y conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA 22: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

El pago de la indemnización se realizará en las oficinas centrales de la Aseguradora dentro de los sesenta (60) días a partir del recibo de la documentación solicitada por la Aseguradora y conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA 23. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el Asegurado o el (los) beneficiario (s) involucrado (s) presenta (n) una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
2. 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 siguiente párrafo.

La Aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de Informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.



3. **Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas y Anexos de la Póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.**

CLÁUSULA 24: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este Contrato de Seguro termina por las siguientes causas:

1. Cumplida la fecha de culminación de la vigencia de la póliza.
2. Por falta de pago de la prima después del período de gracia.
3. Cuando el Asegurado cancele por escrito la Póliza.
4. Al cumplir el Asegurado ochenta (80) años de edad. ✓
5. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

CLÁUSULA 25: REPOSICIÓN

La Aseguradora tendrá la obligación de expedir, a solicitud y a costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta. ✓

Conforme el artículo 1117 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 26: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización 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 éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Conforme lo dispuesto en los artículos 1156 y 1159 del Código de Comercio.

CLAUSULA 27: COMUNICACIONES

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Aseguradora llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado y/o al Contratante la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deben enviarse a la empresa aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora debe hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador. Salvo pacto expreso en contra, que constará por escrito, el aviso del siniestro podrá ser válido, dándolo a una oficina de la Aseguradora.

Si la empresa no cumpliera con la obligación de que trata el párrafo anterior, no podrá hacer uso de los derechos que el contrato o la ley establezcan para el caso de la falta de aviso o de aviso tardío.

Conforme lo dispuesto en los artículos 1149 y 1150 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 28: MONEDA



Todos los pagos hechos por el Contratante deben ser ejecutados en la moneda establecida en la Solicitud de Seguro. A su vez, es obligatorio para la Aseguradora atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

CLÁUSULA 29: CONTROVERSIA

El Asegurado, El Contratante y la Aseguradora renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales competentes Tegucigalpa de la República de Honduras para todo litigio proveniente del Contrato.

CLÁUSULA 30: RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGIOSOS.

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, deberán 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 auto 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.

Conforme lo establecido en el Artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA 31: MODIFICACIONES

Las condiciones especiales que se agreguen en las condiciones generales del contrato deberán, en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente a los contratantes, sujetándose a normas de aplicación uniformes que tenga cada institución; sin embargo, en caso de controversias entre las condiciones generales y especiales prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del seguro.

