

## SOLICITUD PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA

<b>Póliza No.</b>		<b>Categoría:</b>	
<b>Agencia:</b>	<b>Vigencia Desde:</b>	<b>Hasta:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Persona Jurídica</b> <input type="checkbox"/> <b>Supervisada</b> <input type="checkbox"/> <b>ONG</b> <input type="checkbox"/>	<b>Empresa de Gobierno</b> <input type="checkbox"/> <b>APNFD</b> <input type="checkbox"/>	<b>Entidad</b> <input type="checkbox"/> <b>PEP</b> <input type="checkbox"/>	

<b>I. Datos Generales del tomador de Seguro / Representante Legal</b>			
RAZON O DENOMINACION SOCIAL	NOMBRE COMERCIAL	FECHA DE CONSTITUCION DIA   MES  AÑO	
R.T.N. DE LA EMPRESA	NO. DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO MERCANTIL	OBJETO SOCIAL Y/O ACTIVIDAD ECONOMICA	
<b>Nombres:</b>	<b>Primer Apellido:</b>	<b>Segundo Apellido:</b>	<b>Apellido de Casada:</b>
Lugar de Nacimiento: Municipio   Departamento   País		Nacionalidad (es):	
Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____	Edad:	RTN:	Número de Identificación:
Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Tipo de Identificación: Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>		
Estado Civil:			
Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/>			
Nombre Completo del Cónyuge:		No. Identificación de Cónyuge:	
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>			
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia:
Bloque:	No. de casa:	Calle:	Avenida:
Otras referencias o señas:			
Teléfono fijo:	Celular:	No. Fax	Otro teléfono:
Correo electrónico:			
Ocupación u Oficio:			

<b>II. Origen de sus Recursos</b>			
Actividad económica principal:			
Ocupación actual:			
Asalariado	<input type="checkbox"/>	Jubilado	<input type="checkbox"/>
Estudiante	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input type="checkbox"/>
Posee negocio propio:	Nombre del negocio (si aplica)	Giro o actividad económica del negocio:	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Nombre de la empresa donde labora:	Posición / Cargo que desempeña:	Fecha de empleo:	
		Día:___ Mes:___ Año:_____	
Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)			
Cargo público desempeñado en los últimos cuatro (4) años e institución			
Institución	Cargo Publico	Periodo	
Profesión u Ocupación:			
<b>III. Dirección completa de la empresa:</b>			
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia/Barrio
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:
Teléfono del Trabajo:	No. Fax:	Correo Electrónico:	Sitio web:
Otras referencias o señas:			

<b>IV. Información financiera del Asegurado/ Representante Legal</b>			
Especifique su fuente de Ingresos:			
<b>Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (Actividad Principal):</b>		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
De 0 – 3	<input type="checkbox"/>	Si su respuesta es SI detalle:	
De 4 – 6	<input type="checkbox"/>	Fuente de ingreso:	
De 7 – 10	<input type="checkbox"/>	_____	
De 11-20	<input type="checkbox"/>	Valor mensual estimado:	
De 21-50	<input type="checkbox"/>	_____	
50 en adelante	<input type="checkbox"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		Tipo de Moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/>	
		Otra _____	

<b>V. Información de Seguros</b>
----------------------------------

Propósito del Seguro:	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s):  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de la Aseguradora:
Tipo (s) de Seguro (s):	Suma (s) Asegurada (s):

**Datos del Beneficiario Final****¿Actúa en nombre propio?**Sí  No 

En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

Nombre Completo	Identidad/ RTN	Parentesco	Relación (marque con X)		¿Es un PEP? SI / NO
			Financiera	Personal	

**VI. Datos Generales del Contratante****Dirección Completa**

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Bloque No:	Edificio:	Calle:	Avenida:
Teléfono No:	Fax No:	Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:			Sitio WEB:
Otras Referencias o Señas:			
¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)	
¿La Empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Si su respuesta es afirmativa, como lo hace? ; Seminarios <input type="checkbox"/> Capacitaciones <input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> Trifolios <input type="checkbox"/> Otros _____			

**Información de accionistas (25% de participación) cantidad de accionistas (este debe detallar sus dueños hasta llegar al beneficiario final):**

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

En caso de los accionistas, **que no cuenten** con el porcentaje de participación requerido, o que sea otra Persona Jurídica reportar **la totalidad accionaria en una hoja adicional.**

¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar en primer grado consanguinidad o afinidad?

Sí  No 

En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)

**¿Son todos los accionistas o asociados, antes descritos, los beneficiarios finales?**Sí  No 

En caso de que su respuesta sea negativa, favor especifique en la tabla que se detalla a continuación los beneficiarios finales:

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar el primer grado consanguinidad o afinidad?

Sí  No

En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)

**Favor indicarnos los miembros que forman parte de la junta directiva y/o consejo de administración (control de la sociedad)**

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

¿Alguno de los de la Junta Directiva y/o Consejo de Administración detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar el primer grado consanguinidad o afinidad?

Sí  No

En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)

**Especifique la procedencia de los fondos para el pago de la prima del seguro:**

--

**Información Financiera del Contratante (marque con una X los valores que correspondan)**

Ingresos y egresos	Total ingresos anuales	Total egresos anuales	Activos y Pasivos (Lps.)	Total Activos	Total Pasivos
No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.500,000 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.500,000 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Millon a 5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Millon a 5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.5 Millones a 10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.5 Millones a 10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.50 Millones a L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.50 Millones a L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Referencias Bancarias o Comerciales del Contratante**

Denominacion Social	Nombre Comercial	Número RTN

**Detalle dos (2) proveedores que le brindan servicios**

Denominacion Social	Nombre Comercial	Número RTN

## VII. DATOS DE LA PÓLIZA

a) Plan de Seguro y Beneficios Complementarios: \_\_\_\_\_

b) Vigencia: entrará en vigor el día \_\_\_\_\_ a las 12:00 horas del mediodía  
Hasta el día \_\_\_\_\_ a las 12:00 horas del mediodía

c) Forma de Pago: \_\_\_\_\_ Administrará la Póliza: \_\_\_\_\_

d) Participación del Contratante en el pago de la prima SI ( ) NO ( ) Porcentaje \_\_\_\_\_

e) Participación del Asegurado en el pago de la prima SI ( ) NO ( ) Porcentaje \_\_\_\_\_

**VIII. LA SUMA ASEGURADA PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURABLE, SE DETERMINARÁ DE ACUERDO CON LAS BASES QUE ABAJO SE CONSIGNAN; SIN EMBARGO, EL MAXIMO DE SUMA ASEGURADA QUE SE PODRA CONCEDER SOBRE UNA VIDA, EN NINGUN CASO SERA SUPERIOR A LA QUE RESULTE DE MULTIPLICAR LA SUMA ASEGURADA PROMEDIO DEL GRUPO, POR LOS FACTORES QUE APARECEN A CONTINUACION:**

N° DE ASEGURADOS	FACTOR	N° DE ASEGURADOS	FACTOR	N° DE ASEGURADOS	FACTOR
20 - 24	2	100 - 149	5	300 - 399	8
25 - 49	3	150 - 199	6	400 - 499	9
50 - 99	4	200 - 299	7	500 ó MAS	10

BASES: \_\_\_\_\_

#### **IX. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE:**

- a) Edad comprendida entre 15 y 64 años en el cumpleaños más próximo.
- b) Tener como mínimo dos meses de pertenecer al Grupo Asegurado.
- c) Número de Miembros que formarán parte del Grupo Asegurado: \_\_\_\_\_

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguro. Declaro que lo manifestado anteriormente, así como la información contenida en la relación del grupo asegurable son verdaderas y exactas, y que además todas las personas que aparecen en la relación gozan de buena salud a mi leal saber y entender; sin embargo, si al momento de emitir la póliza solicitada alguno de ellos estuviera enfermo, quedará excluido del seguro pudiendo ser incorporado, al desaparecer la causa que motiva su exclusión.

#### **CONDICIONES GENERALES**

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

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 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 las 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.

#### **CLAUSULA PRIMERA. COBERTURAS.**

El seguro denominado Colectivo de vida ampara al Asegurado por

#### **MUERTE:**

La aseguradora se compromete a pagar a los beneficiarios la suma asegurada contratada si ocurre el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la cobertura por muerte natural y/ accidental.

suicidio, en cualquier estado mental ya sea en estado de cordura o de demencia, La Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios, excepto cuando el suicidio ocurra antes de haber transcurrido dos años completos ininterrumpidos de vigencia de la Póliza desde su emisión o desde su última rehabilitación, en cuyo caso la responsabilidad de La Compañía se limitará al reembolso del importe de la reserva matemática de la Póliza.

#### **CLAUSULA SEGUNDA. EXCLUSIONES**

##### **1) SUICIDIO.**

En caso de fallecimiento del Asegurado por

##### **2) TERRORISMO Y GUERRA.**

Se excluye la muerte que resulte a consecuencia

de actos de terrorismo perpetrados 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 de estado de guerra; o en guerra intestina, 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 el control de autoridades militares o en confiscación que requiera por cualquier poder civil o militar.

### CLÁUSULA TERCERA. CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO.

El Contrato de Seguro queda constituido por la solicitud del Contratante, la solicitud de inscripción de los asegurados y las declaraciones de éstos por las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente póliza, los certificados individuales, los Endosos y Anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere.

### CLAUSULA CUARTA. DEFINICIONES.

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

- 1) **ASEGURADO:** Es la persona que está cubierta por la Póliza.
- 2) **COMPAÑÍA O ASEGURADORA:** Se entiende por Seguros Crefisa, S.A., y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato.
- 3) **CONTRATANTE:** Persona jurídica que mediante la celebración de un contrato mercantil con la Aseguradora, se compromete a realizar la venta de los productos de seguros.
- 4) **EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.
- 5) **EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA:** Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Después de esta edad la cobertura se considera terminada automáticamente para el Asegurado y la Aseguradora no tiene derecho a cobrar prima respecto a la cobertura de la Póliza.
- 6) **MEDICO:** Persona calificada por un grado en medicina que está legalmente autorizado en el área geográfica de su práctica para otorgar servicios médicos o quirúrgicos, pero excluyendo el Médico siendo el mismo Asegurado o miembro de la familia inmediata del Asegurado o relacionado en forma similar al Asegurado.
- 7) **POLIZA O CONTRATO DE SEGURO:** Es el documento o conjunto de documentos que

regulan la relación contractual del seguro y que están compuestos por las Condiciones Generales, Especiales si las hubiere y las Condiciones Particulares.

- 8) **PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el contrato.
- 9) **SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado (en la cobertura principal será la muerte del Asegurado) que, amparado por el presente seguro, obliga a la Aseguradora al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato (coberturas Adicionales).
- 10) **TERRORISMO:** Se define como terrorismo los actos de violencia y maldad ejecutados para amedrentar a ciertos sectores sociales o a una población determinada o para desorganizar una estructura económica, social y política, por medio de la utilización de armas de fuego, bombas, granadas, sustancias u otros medios convertidos en explosivos o en medios incendiarios de cualquier clase, incluyendo específicamente aviones u otros vehículos o personas.

### CLAUSULA QUINTA. LIMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de responsabilidad máximo son las cantidades que pagará la Aseguradora por la Sumas Aseguradas contratadas y descritas en el Certificado Individual de Cobertura

### CLÁUSULA SEXTA. SUMA ASEGURADA.

La suma asegurada para cada Asegurado será la que corresponda, de acuerdo con la clasificación consignada en el Anexo de solicitud que forma parte integrante de este Póliza.

Sin embargo, el máximo de suma asegurada que se podrá conceder sobre una vida, en ningún caso será superior a la que resulte de multiplicar la suma asegurada promedio del Grupo, por los factores que aparecen a continuación.

No. DE ASEGURADOS	FACTOR
2 – 24	2
25 – 49	3
50 – 99	4
100 – 149	5
150 – 199	6
200 – 299	7
300 – 399	8
400 – 499	9
500 ó MAS	10

### CLÁUSULA SEPTIMA. INDISPUTABILIDAD.

Este Contrato se basa en las solicitudes del Contratante y Asegurados y, por consiguiente, cualquier declaración inexacta u oculta que conocida por la Compañía la hubiere retraído a emitir la Póliza o algún certificado o llevado a modificar sus condiciones, serán causas de

anulación de este Contrato cuando el Contratante o los Asegurados hubieren obrado con dolo o culpa grave; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifieste al Contratante o Asegurados su deseo de impugnar el Contrato dentro de los tres meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante o Asegurados hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éstos harán a la Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Después de que la Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor durante un año, su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del Contratante.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada certificado, después de que haya estado en vigor, por un período de un año contando desde la fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente registro del Asegurado, excepto lo dispuesto en la Cláusula Vigésima Octava referente a la Declaración de Edad y en las condiciones que establecen los Beneficios por Incapacidad Total y Permanente, Gastos Médicos Hospitalarios y por Muerte o Desmembramiento por causas Accidentales.

#### **CLAUSULA OCTAVA. FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS.**

Esta Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales; sin embargo, tanto la del primer año como la de los años siguientes, pueden ser pagadas por semestres, trimestres o meses, siempre anticipadamente, de acuerdo con la tarifa que tenga en vigor La Compañía a la fecha de emisión de la Póliza.

La forma de pago de la prima puede ser cambiada en cualquiera de los aniversarios de la Póliza previa solicitud escrita a La Compañía mediante Anexo firmado y adherido a la Póliza en el que se haga constar la modificación. No se considerará como efectuado el pago de ninguna prima, a menos que este conste en el recibo oficial de La Compañía. El pago de una prima mantiene en vigencia el seguro sólo durante el periodo comprendido entre tal pago y la fecha en que deba cubrirse la siguiente prima, con excepción de lo previsto en la cláusula séptima de este contrato.

Las primas deberán pagarse el día de su vencimiento o antes, y su pago deberá acreditarse por medio de recibo de La Compañía refrendado por la persona debidamente autorizada para ello. La Compañía no estará obligada a cobrar las primas en el domicilio del Asegurado, ni a dar aviso de su vencimiento, y si lo hiciere no sentará precedente alguno de obligación.

#### **CLÁUSULA NOVENA. CALCULO DE LAS**

#### **PRIMAS.**

La Compañía calculará las primas totalizando las primas individuales de cada asegurado, pudiéndose efectuar el pago global en forma anual, semestral, trimestral o mensual.

La prima individual será la que corresponda a la vida de cada Asegurado, de acuerdo con su riesgo, edad, ocupación y suma asegurada.

#### **CLAUSULA DECIMA. AJUSTES A LAS PRIMAS.**

Para los efectos de cobro o devolución de primas por el concepto de ingresos o egresos de Asegurados, respectivamente:

**EN CASO DE INCLUSIÓN:** la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la tarifa de seguros a corto plazo.

**EN CASO DE DEVOLUCIÓN:** La Compañía solamente tendrá derecho a la prima proporcional al tiempo corrido.

#### **CLAUSULA DECIMA PRIMERA. INICIO, TERMINACIÓN Y RENOVACION DEL CONTRATO.**

**a) Inicio y Terminación del Contrato:** La cobertura inicia a las 12 horas del mediodía de la fecha de entrada en vigor del presente contrato el que se suscribirá por el término de un año; La Compañía puede terminar el presente Contrato, en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al Asegurado por lo menos con 30 días de anticipación.

**b) Renovación:** La Compañía renovará el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito y previa confirmación del Asegurado con treinta (30) días de anticipación. La Compañía se reserva el derecho a modificar en cada renovación las Condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice.

No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicara lo previsto en los artículos 1133, 1134 y 1165 de Código de Comercio. Y si por otras circunstancias ajenas a su voluntad el Asegurado decide rescindir el contrato, La Compañía devolverá la prima no devengada aplicando la tarifa para seguro de corto plazo.

#### **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA. CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.**

La Compañía emitirá un Certificado de Seguro por cada Asegurado que sea inscrito, en el que se hará constar los datos relativos al seguro y, además, contendrá aquellas condiciones de la

Póliza que tengan relación con el Asegurado. Los certificados serán entregados a los Asegurados por intermedio del Contratante.

Los Asegurados podrán solicitar a la Compañía la anotación en los respectivos certificados de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos, especialmente los cambios de Beneficiarios y la comprobación de edad.

#### **CLAUSULA DECIMA TERCERA. CAMBIO DE BENEFICIARIOS.**

El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de la Póliza, puede cambiar el beneficiario o beneficiarios sin necesidad del consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a la Compañía y ésta haga constar el cambio en el certificado correspondiente. Sin embargo, si la designación del beneficiario fuese con carácter irrevocable, además de la autorización de dicho beneficiario, el Asegurado tendrá que notificárselo a la Compañía para realizar la anotación en la Póliza correspondiente.

La sustitución de Beneficiario se hará constar en el Certificado Individual o en documento adherido; y una vez registrada, surtirá efecto desde la fecha de la notificación, sea que el Asegurado viviere o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de tal sustitución.

Si hubiere beneficiarios designados y alguno de ellos muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá únicamente entre los beneficiarios sobrevivientes, en la siguiente forma:

- a) Por partes iguales si no hubiese señalado cuota; y
- b) En proporción a sus respectivas cuotas en caso de haberlas.

Todo ello sin perjuicio de pacto en contrario.

Si ningún beneficiario sobreviviere al Asegurado, o si este hubiese fallecido sin haber designado beneficiarios, la suma asegurada se pagará a quienes fueren declarados judicialmente herederos del Asegurado.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiarios, en virtud de ser éste un derecho individual exclusivo de cada uno de los Asegurados.

#### **CLAUSULA DECIMA CUARTA. CESIÓN.**

Ninguna cesión de esta Póliza obliga a la Compañía a no ser que la hubiere notificado por escrito y firmada por el Asegurado y el Cesionario, lo cual se hará constar en el certificado Individual. La Compañía no asume ninguna responsabilidad por la validez o suficiencia de las cesiones.

El Contratante sólo podrá aparecer como Cesionario del Seguro sólo por la parte que le corresponda para garantizar prestaciones laborales que el incumban, de conformidad con la ley y siempre que pague la prima individual correspondiente.

#### **CLAUSULA DECIMA QUINTA. ACEPTACIÓN DE LOS ASEGURADOS.**

Pueden ingresar al GRUPO ASEGURADO, las personas que llenen los siguientes requisitos:

- a) Tener como mínimo, dos meses de pertenecer al GRUPO ASEGURABLE;
- b) Ser mayor de quince años y menor de sesenta y cinco;
- c) Que entregue a la Compañía por conducto del Contratante, su correspondiente solicitud de inscripción. La Compañía se reserva el derecho a aceptarlo o rechazarlo o aceptarlo con una exclusión;
- d) Pertenecer a un mismo grupo o empresa que conste por lo menos de 20 personas que se denominará Grupo Asegurable;
- e) Que se asegure el 80% de los miembros del grupo o empresa cuando menos, siempre que este porcentaje no sea inferior a 20 personas;
- f) Dar su consentimiento dentro de los treinta días contados a partir de la fecha de haber ingresado al grupo asegurable; tratándose de miembros que no hayan alcanzado la mayoría de edad, se requerirá además de su consentimiento personal, el de su representante legal;
- g) Figurar en la lista de miembros del grupo asegurado que a efecto elaborará la Compañía de Seguros.

El seguro de cada Asegurado comenzará desde el momento de su inscripción en el Registro de Asegurados que al efecto elaborará la Compañía y que formará parte de la presente Póliza, inscripción que se hará a medida que cada Asegurado entregue su solicitud por medio del Contratante. Los miembros que hubieren ingresado al GRUPO ASEGURABLE, con posterioridad a la celebración de este Contrato, quedarán incluidos en el Grupo Asegurado desde el momento en que hayan llenado los requisitos indicados en el primer párrafo de esta Cláusula y siempre que entreguen su solicitud dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que hayan adquirido tales requisitos.

Los miembros del GRUPO ASEGURABLE que no envíen su solicitud a la COMPAÑÍA, por conducto del CONTRATANTE, dentro de los treinta días posteriores al vencimiento del período de espera de dos meses en que haya pertenecido al GRUPO ASEGURABLE, deberán presentar a costa de ellos si la compañía lo exige, pruebas de asegurabilidad.

EL CONTRATANTE está obligado a dar aviso de

inmediato a la Compañía de todos los ingresos y egresos del GRUPO ASEGURADO, así como de las modificaciones de las sumas aseguradas, enviándole al mismo tiempo las solicitudes de las nuevas personas y todos los datos necesarios para la apreciación del riesgo.

La Compañía emitirá Endosos de Inscripción o Cancelación, según el caso, los cuales formarán parte del registro de Asegurados.

#### **CLAUSULA DECIMA SEXTA. TERMINACION DE LA COBERTURA DE SEGURO.**

El seguro de cada Asegurado terminará al ocurrir cualquiera de los hechos siguientes:

- a) El cumplimiento de los setenta años de edad;
- b) La separación del GRUPO ASEGURADO, sea que ésta se produzca por exclusión, renuncia, despido o pensión.
- c) Por falta de pago de primas.
- d) Terminación del Contrato.

#### **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA. INCUMPLIMIENTO DE LOS ASEGURADOS.**

Cuando un miembro del Grupo no cumpla con su obligación de dar al Contratante la parte de la prima que pudiera corresponderle, éste podrá notificarlo a la Compañía para obtener la baja de aquel, en el registro de Asegurados.

#### **CLAUSULA DECIMA OCTAVA. AGRAVACION DEL RIESGO.**

Si el Asegurado, durante la vigencia de esta Póliza, cambiara de profesión o llegara a ejercer su profesión dentro de Condiciones distintas de las que indicó en su solicitud; si estableciera su domicilio definitivo fuera de Honduras, es decir, si llegara a modificarse el riesgo en una u otra forma, tal hecho debe ser comunicado dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca a La Compañía mediante carta con acuse de recibo.

Si las modificaciones constituyeran una agravación esencial del riesgo, La Compañía tendrá la facultad de rescindir el contrato, sin embargo, la responsabilidad de la Aseguradora concluirá quince (15) después de haber comunicado su resolución al Asegurado; o podrá modificar la prima por el período que falta hasta el vencimiento del seguro, según la tarifa de riesgo vigente. Si el Asegurado no aceptara tal modificación de las primas, la Póliza será cancelada y, en tal caso, La Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro. En cambio, si las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente.

#### **CLAUSULA DECIMA NOVENA. PRUEBAS DEL FALLECIMIENTO.**

La comprobación del fallecimiento del Asegurado

se hará presentando a la Compañía, la información correspondiente en los formularios que ésta proporcione para tal fin de conformidad con las instrucciones contenidas en ellos.

#### **CLAUSULA VIGESIMA. REQUISITOS PAR EL PAGO DE UN SINIESTRO.**

Al recibir la notificación por la muerte de cualquiera de las personas amparadas por la póliza, para efectos de solicitar a la Compañía la indemnización de la suma asegurada será requisito la presentación de los siguientes documentos originales:

- a) Fotocopia de la Tarjeta de Identidad del fallecido o partida de nacimiento original.
- b) Certificado de defunción extendido por el Registro Nacional de las Personas.
- c) Certificación médica que indique la causa de las Muerte.
- d) Certificado de la autoridad que se hizo presente en el caso que la muerte fuese accidental, homicidio o suicidio.
- e) Fotocopia de la Tarjeta de Identidad de los beneficiarios, si los beneficiarios fuesen menores de edad, será necesario presentar partida de nacimiento de cada uno y fotocopia de la tarjeta de identidad del representante legal.

Facilitar a La Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

#### **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA. OPCIONES DE LIQUIDACION.**

El Asegurado o los beneficiarios en su caso, si no desean que el importe de la suma asegurada les será pagado en una sola exhibición, pueden elegir cualquiera de las opciones que ofrezca La Compañía.

#### **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA. LUGAR DE PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES.**

El pago de cualquier indemnización en virtud de este contrato, lo hará La Compañía en su domicilio social, en la ciudad de Tegucigalpa, salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, puedan hacerse en algunas de sus Agencias o Sucursales.

#### **CLAUSULA VIGESIMA TERCERA. PRESCRIPCION.**

Todas las acciones que se deriven de éste Contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión falsa o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro,

desde el día en el que haya llegado a conocimiento de los interesados quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban de dicha realización.

La prescripción se interrumpirá por el nombramiento de peritos para el ajuste del siniestro o al entablarse acción judicial.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. CONTROVERSIAS.**

Cualquier controversia o conflicto entre La Aseguradora y El Contratante o Asegurado 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, conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

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

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. COMUNICACIONES.**

Todas las comunicaciones o declaraciones que hayan de hacerse a la Compañía se enviarán por escrito directamente al domicilio de ésta, en la ciudad de Tegucigalpa, Distrito Central.

Salvo el cobro de las indemnizaciones en caso de siniestro, todo lo relativo a la Póliza será tratado por conducto del Contratante y, por tanto, todas las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los Asegurados, se considerará válida y eficazmente cumplidas cuando las haga a través del Contratante, que serán enviadas por escrito al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

#### **CLÁUSULA VIGESIMA SEXTA. EXENCIÓN DE RESTRICCIONES.**

La presente Póliza está exenta de restricciones respecto a residencia, ocupación, viajes o género de vida de los asegurados.

#### **CLAUSULA VIGESIMA SEPTIMA. COBERTURA MUNDIAL.**

La presente póliza cubre al Asegurado en cualquier país del mundo.

#### **CLAUSULA VIGESIMA OCTAVA. EDAD.**

Para formar parte del Grupo Asegurado se requiere que, en el momento de la inscripción, la edad de Asegurado en su cumpleaños más próximo, esté comprendido entre los 15 y 65 años.

El seguro terminará automáticamente a la finalización del período cubierto por la última prima

pagada antes de haber alcanzado el Asegurado la edad de 70 años, aun cuando reúna las demás condiciones necesarias para formar parte del Grupo. Si se hubiere incluido en el Grupo Asegurado individuos mayores de 70 años de edad, por dolo del Contratante o del Asegurado, la Compañía no asume ninguna responsabilidad por el acaecimiento del riesgo y el Contratante no tendrá derecho a la devolución de las primas que por dichos Asegurados hubiese pagado.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse antes de efectuarse el pago de la suma asegurada correspondiente. Si el Asegurado hiciese la comprobación en vida, la Compañía extenderá una constancia de ello y no exigirá nuevas pruebas de edad para hacer el pago.

Si la edad declarada por el Asegurado no coincidiera con su edad real, se estará a lo dispuesto en los artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

#### **CLAUSULA VIGESIMA NOVENA. PERIODO DE GRACIA.**

Vencida una prima, el Asegurado disfrutará de un período de gracia de treinta (30) días, sin cargo de intereses, para el pago de la siguiente prima. La Póliza continuará en pleno vigor durante este período de gracia; pero en caso de muerte del Asegurado durante estos treinta días, la prima en descubierto será deducida del pago que La Compañía tuviere que hacer. Si al terminar el periodo de gracia la prima no ha sido pagada, esta Póliza caducará sin necesidad de aviso o declaración especial, salvo lo establecido en las cláusulas correspondientes de los Valores Garantizados si los hubiere.

#### **CLÁUSULA TRIGESIMA. MODIFICACIONES.**

En los términos de la póliza quedan definidos los pactos entre la Compañía y el Asegurado, no reconociéndose por lo tanto validez a ninguna modificación que no esté consignada en ella, a menos que consten por escrito y debidamente autorizado por la Compañía.

Los Agentes no están facultados para modificar las Condiciones de la póliza.

#### **CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMERA. DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO.**

Cualquier Asegurado que deje de pertenecer al Grupo Asegurado, tendrá derecho a que la Compañía le expida, sin necesidad de examen médico, una Póliza de cualquiera de los planes de Seguro Individual, con excepción del Seguro Temporal, que aquella otorgue, por una suma igual o menor a la última suma asegurada que disfrutaba mediante la Póliza, y sin ningún beneficio adicional.

Para ejercer este derecho, la presente Póliza habrá de estar en vigor, y el interesado deberá:

- a) Ser menor de 60 años de edad;
- b) Solicitar el seguro por escrito a la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que deje de formar parte del Grupo; y
- c) Pagar la prima que corresponda conforme a su edad alcanzada y a su ocupación en esta, según las tarifas vigentes en la Compañía.

#### **CLÁUSULA TRIGESIMA SEGUNDA. CAMBIO DE CONTRATANTE.**

Si el contratante fuera sustituido por otro deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución y si ésta la acepta lo hará constar en anexo que formará parte de la póliza.

En caso contrario la Compañía tendrá acción para dar por terminado el contrato y devolverá la prima no devengada.

#### **CLÁUSULA TRIGESIMA TERCERA. REPOSICIÓN.**

En caso de destrucción, extravío o robo de la Póliza o de cualquier Certificado, la Compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Contratante o del Asegurado, según el caso, con las formalidades establecidas para este objeto, y pago de los correspondientes gastos de reposición.

#### **CLAUSULA TRIGESIMA CUARTA. 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 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 Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

#### **CLÁUSULA TRIGESIMA QUINTA. NORMAS SUPLETORIAS.**

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

### **X. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO O TITULAR DE LA PÓLIZA**

Declaro expresamente que:

1. Autorizo a SEGUROS CREFISA, S.A. a acceder a la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y a cualquier otra base de datos gubernamental o privada, para consultar datos de las obligaciones que tanto mi representada como mi persona podamos tener en el Sistema Comercial o Financiero y declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la póliza solicitada.
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla Periódicamente.
4. Autorizo a Crefisa, Compañía de Seguros S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la póliza de la cual forma parte el presente documento.

**Declaración y origen de fondos y aceptación de cláusula.**

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobase que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Crefisa Compañía de Seguros S.A. de toda obligación de indemnizar.

Queda entendido y convenido que la presente Solicitud - Certificado, Carátula, Condiciones Generales y Anexos (si los hubiere) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Dado en la Ciudad de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**  
**(Huella digital si no puede escribir)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Titular de la póliza**  
**(Huella digital si no puede escribir)**

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello**  
**Seguros Crefisa**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Intermediario**  
**Código No \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Intermediario**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Oficial de Negocios**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Oficial del Negocios**