

SOLICITUD PARA SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

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

I. Datos Generales del tomador de Seguro / Representante Legal			
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	
Nombres:		Primer Apellido:	Segundo Apellido: Apellido de Casada:
Lugar de Nacimiento : Municipio Departamento País			Nacionalidad (es):
Fecha de Nacimiento:	Edad:	RTN:	Número de Identificación:
Día: ____ Mes: ____ Año: ____			
Género:		Tipo de Identificación:	
Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	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:	
Dirección Completa de Residencia:			
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:			

II. Origen de sus Recursos			
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:			
III. Dirección completa de la empresa:			
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia/Barrio
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:
Teléfono del Trabajo:	No. Fax:	Correo Electrónico:	Sitio web:
Otras referencias o señas:			

IV. Información financiera del Asegurado/ Representante Legal					
Especifique su fuente de Ingresos:					
Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (Actividad Principal):		¿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"/>	Valor mensual estimado: _____			
De 11-20	<input type="checkbox"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
De 21-50	<input type="checkbox"/>	Tipo de Moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra _____			
50 en adelante	<input type="checkbox"/>				

V. Información de Seguros

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		¿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 de consanguinidad o afinidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para
--

¿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 de 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 de 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.500,000.00 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.500,000 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 1 Millon a L.5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Millon a 5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.5 Millones a L.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

Denominación Social	Nombre Comercial	Número RTN

Detalle dos (2) proveedores que le brindan servicios

Denominación Social	Nombre Comercial	Número RTN

VII.- DATOS DE LA POLIZA:

a)	RIESGOS CUBIERTOS	SUMA ASEGURADA	PRIMAS
I.	Muerte Accidental	L. _____	L. _____
II	Incapacidad Total y Permanente	L. _____	L. _____
III	Incapacidad Parcial Parcial Permanente	L. _____	L. _____
IV	Incapacidad Temporal Temporal	L. _____	L. _____
V	Asistencia médica, hospitalización y Servicios farmacéuticos	L. _____	L. _____
VI	Gastos fúnebres	L. _____	
	Deducible Lps. _____		
	Prima Total.....		L. _____

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 _____

Participación del Contratante en el pago de la prima SI () NO () Porcentaje _____

Participación del Asegurado en el pago de la prima SI () NO () Porcentaje _____

VIII. 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. RIESGOS CUBIERTOS

De acuerdo con los términos en que fue solicitado el seguro, bajo las condiciones a que se refieren los clausulas siguientes y conforme a lo establecido en la ley en cuanto no esté previsto en este contrato, la compañía asume la responsabilidad patronal que resulte al asegurado como consecuencia de la realización a los siguientes riesgos:

ACCIDENTES DE TRABAJO:

- Muerte;
- Incapacidad total permanente;
- Incapacidad parcial permanente;
- Incapacidad temporal;
- Asistencia médica, hospitalización y servicios farmacéuticos.
- Gastos fúnebres

Solo con consentimiento expreso de la compañía se cubrirán estos riesgos cuando se realicen fuera de la Republica de Honduras.

De acuerdo con los riesgos cubiertos según lo anteriormente detallado y siempre que se establezca previamente la responsabilidad patronal del asegurado, la compañía se obliga a pagar, calculadas sobre el salario que debe servir de base conformé a lo establecido en la ley, las siguientes indemnizaciones:

En caso de muerte 620 días

Para gastos del funeral 30 días

Para caso de incapacidad total permanente 620 días

En caso de incapacidad parcial permanente, El porcentaje establecido en la ley calculado

sobre

620 días

EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, que implica al asegurado dedicarse a sus ocupaciones habituales, la compañía pagara:

A partir del primer día del accidente 75% de los salarios, sin que el plazo total durante el cual perciba el trabajador este porcentaje, exceda de un año.

La responsabilidad de la compañía en cuanto al pago de indemnizaciones por incapacidad parcial permanente, incapacidad total permanente, muerte y además gastos funerarios, subsistirá solamente:

En accidente de trabajo, durante un año posterior a la fecha en que ocurran estos.

En enfermedades profesionales, durante un año a contar desde la fecha en que el beneficiario se presente a recibir atención médica de acuerdo con lo establecido en la ley.

En caso de muerte, la indemnización y lo pactado para gastos funerarios se pagará siempre que en el momento de ocurrir la defunción este en vigor la póliza.

En cuanto a las demás indemnizaciones, la responsabilidad de la compañía, solo subsistirá durante los plazos pactados y mientras no fallezca el trabajador.

La compañía proporcionará a los beneficiarios del seguro, servicio médico que comprenderá: consulta, curaciones, hospitalización, material de curación, medicinas y aparatos ortopédicos con sujeción al límite máximo establecido en las condiciones particulares de la presente póliza.

El servicio médico se proporcionará durante el tiempo fijado anteriormente.

La compañía cubrirá el riesgo profesional que ocurra fuera del sitio en que el trabajador desarrolle la actividad para la cual fue contratado, únicamente cuando la realización del mismo sea:

- a) Como consecuencia del peligro poco común y propio del camino, paso o sitio que tenga que recorrer forzosamente el trabajador para trasladarse de su habitación al trabajo.
- b) En los diversos lugares donde debe cumplir sus obligaciones.
- c) Cuando con el objeto de cumplir con sus actividades de trabajo, utilice medios de transporte organizados por el patrono o de los que este sea propietario.

CLAUSULA SEGUNDA. EXCLUSIONES

La presente póliza excluye los riesgos que resulten a consecuencia de:

- a) Salvo pacto expreso en contrario cuando se trate de enfermedades profesionales, la compañía no asume responsabilidad alguna con respecto a los siguientes padecimientos

que quedan excluidos del seguro, aun cuando la ley o los contratos del trabajo las consideren a que se dedican los beneficiarios: cualquier clase de neumoconiosis, tuberculosis pulmonar, silicosis y demás enfermedades profesionales típicas de los mineros, las que tenga como causa el alcoholismo y el uso de drogas enervantes, los padecimientos venéreos o sifilíticos y las enfermedades que se derivan directamente o indirectamente de los mismos, incluyendo principalmente el reumatismo de ese origen, ya sea articular o muscular.

- b) Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior la compañía solo asume la responsabilidad con respecto a enfermedades profesionales propias de la industria a que se dedica el patrono y consideradas propias de la industria a que se dedica el patrono y consideradas como tales según la tabla de la ley y cuando estas se hayan indicado posteriormente al día y la hora en que entre en vigor esta póliza.
- c) Esta póliza solo cubre la responsabilidad patronal originada por el daño físico que sufran en su persona los trabajadores, por lo que expresamente se excluye el riesgo profesional consistente en la pérdida de la libertad.
- d) La compañía no adquiere responsabilidad alguna con respecto a la reeducación del trabajador. En consecuencia, la compañía dejara de pagar la indemnización por incapacidad temporal, a partir de la fecha en que el medico oficial de por terminada la curación.

La compañía no tendrá responsabilidad alguna:

- a) Cuando el riesgo cubierto por esta póliza ocurra encontrándose el beneficiario en estado de embriaguez, o bajo la acción de algún narcótico o droga enervante, aunque el patrono o su representante le haya permitido al trabajador el ejercicio de sus funciones.
- b) Cuando el beneficiario se ocasione deliberadamente una incapacidad por si solo o de acuerdo con otra persona, en este caso la obligación cesara en el momento que se demuestre la culpabilidad.
- c) Cuando el riesgo se realice por causa de fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por esta, toda fuerza de naturaleza tal que no tenga relación alguna con el ejercicio de la profesión de que se trate y que no agrave simplemente los riesgos inherentes a la actividad a que se dedica el patrono.
- d) En los demás casos en que el patrono, en virtud de la ley, quede exento de responsabilidad por Riesgos Profesionales.

CLAUSULA TERCERA. CONSTITUCION DEL CONTRATO.

El contrato de seguro queda constituido por la Solicitud del Asegurado formulada a La Compañía, por las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente póliza, y por los endosos y anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA CUARTA. DEFINICIONES.

1. Accidente: Se reputará accidente, a los efectos de este seguro, cuando el Asegurado sufra, involuntariamente, una lesión o herida producida por la acción de una fuerza exterior y violenta que actúe súbitamente sobre su cuerpo por extensión
2. Incapacidad Permanente o Absoluta: Grado de invalidez total y permanente que inhabilita al trabajador para ejercer toda profesión u oficio.
3. Inhabilitación o Incapacidad Temporal: Se entiende por incapacidad temporal aquella que se derive del accidente por el cual el Asegurado se ve impedido para atender completa o parcialmente su profesión u ocupación habitual durante un tiempo determinado y que no debe exceder de más de 365 días.
4. Incapacidad Parcial y Desmembramiento: Imposibilidad de un asegurado para realizar una o más de sus ocupaciones habituales. La renta percibida por el Asegurado de parte de la entidad aseguradora es menor que el caso de incapacidad Permanente o Absoluta. En cuyo caso la compañía pagara de acuerdo a lo establecido en la tabla de incapacidad parcial que se describe en esta póliza y sus condiciones.

CLAUSULA QUINTA. LÍMITES 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.

CLAUSULA SEXTA. INDISPUTABILIDAD.

Este contrato se basa en la solicitud de Asegurados y por consiguiente, cualquier declaración inexacta u oculta, que conocido por la Compañía la hubiere retraído a emitir este Póliza o algún certificado o llevado a modificar sus condiciones, serán causas de anulación de este contrato cuando se hubiere actuado con dolo o culpa grave; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare al Contratante o Asegurado 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 éste hará a la Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuviere

conocimiento de las declaraciones inexactas o de la reticencia.

Después de que la Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor, durante dos años su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada certificado, después de que haya estado en vigor, por un período de dos años contados desde la fecha de la última inscripción ininterrumpidamente en el correspondiente registro del asegurado excepto lo dispuesto en la Cláusula Vigésima Tercera referente a la declaración de edad.

CLAUSULA SEPTIMA. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS.

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas. Cualquier omisión, reticencia, disimulo, falsedad, ocultamiento e inexactitud en las manifestaciones hechas por el Asegurado eximirán a la Compañía de toda obligación respecto a éste seguro en cualquier momento que tenga conocimiento de la inexactitud, ocultamiento y reticencia. La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o reticencia.

La compañía 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 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.

Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por La Compañía o antes de ésta haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas. Se estará sujeto, además, a lo dispuesto en el Código de Comercio.

CLAUSULA OCTAVA. PAGO DE PRIMAS.

La póliza tendrá vigencia de un mes contado a partir de la fecha de su cobertura; renovable automáticamente hasta por un (1) año.

La Compañía puede terminar el contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al asegurado o Contratante por lo menos con 30 días de anticipación.

En cada aniversario póliza, la Compañía renovará el contrato mediante aviso escrito y previa confirmación del Contratante con treinta (30) días de anticipación. La Compañía se reserva el derecho a modificar en dichos aniversarios las condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice. La Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas. Para los efectos del cobro o devolución de primas por el concepto de ingresos o egresos de Asegurados, respectivamente.

La prima se calculará aplicando el porcentaje correspondiente a cada riesgo asegurado en sus respectivas clasificaciones, al motivo total de los salarios que perciban los trabajadores beneficiarios, durante el tiempo que esté en vigor esta Póliza.

Deberán incluirse para el cálculo de la prima.

- a) El salario de los trabajadores de planta, súper-numerarios, suplentes o accidentales, el de los contratados por obra o por tiempo y en general el de todas las personas que presten servicios al contratante.
- b) INFORME DEL SALARIO. Durante los diez días siguientes al fin de cada periodo de pago, el asegurado remitirá a la compañía en sus formularios de pago, un informe de los salarios que deben servir de base para el cálculo de la prima correspondiente al periodo de pago transcurrido.
- c) AJUSTE DE LA PRIMA: Recibido el informe a que se refiere el punto anterior la compañía procederá a comprobarlo y una vez rectificación o ratificado este, hará el cálculo de la prima correcta correspondiente al periodo de pago a que se refiere el informe.
- d) COBRO DEL AJUSTE: Si el ajuste fuere mayor que la prima provisional, el asegurado deberá pagar la diferencia en la fecha en que la compañía haga el cobro. Si por el contrario la prima provisional es mayor la diferencia será devuelta por la compañía salvo lo dispuesto en el Artículo 24.
- e) La Aseguradora otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el Asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada. Si la Aseguradora no recibe el pago de la prima antes de que expire el período de gracia, la Póliza y todas sus coberturas serán canceladas en la fecha original de vencimiento de la prima.

CLAUSULA NOVENA. BENEFICIARIOS

Son beneficiarios del seguro todas aquellas personas con respecto a la cuales se hayan solicitado los beneficiarios de esta Póliza, siempre que no hayan sido rechazadas por la compañía y tengan derecho a reclamar del contratante el cumplimiento de una obligación originada provenga de la ley o de los contratos de trabajo.

En caso de muerte de un trabajador amparado bajo esta Póliza, tendrán derecho a recibir la indemnización la o las personas mencionadas en la ley respectiva, según el procedimiento establecido en la misma.

Perderán su carácter de beneficiarios de la Póliza aquellos trabajadores cuyo salario sea omitido en todo o en parte por el contratante en las manifestaciones que debe hacer a la compañía para el computo de la prima, y se entenderá con respecto a ellos, durante el tiempo correspondiente a la omisión, que el contratante está de acuerdo en asumir su propia responsabilidad, sin que la compañía tenga obligación alguna en estos casos y durante el periodo señalado.

CLAUSULA DECIMA. INICIO, TERMINACION 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.
- c) No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicara a 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.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE Y LIQUIDACIÓN DE LAS INDEMNIZACIONES.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado o el 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.

Cuando se produzca un accidente deberán comunicarlo a La Compañía por carta certificada o cualquier otro medio escrito con acuse de recibo, en el término más breve posible, a más tardar dentro de los cinco (5) días contados desde la fecha del mismo. Si el accidente ocurrió fuera del territorio de la República de Honduras, La Compañía concede para el aviso correspondiente, un plazo máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha del suceso.

Presentarán, además en el formulario que les proporcionará La Compañía, una declaración sobre la fecha, lugar y circunstancia en que ocurrió el accidente, y facilitarán todos los demás informes que les sean pedidos. Asimismo, deberán remitir un certificado médico, atestiguando causas, naturaleza y probables consecuencias de la lesión sufrida. Si el asegurado ha muerto a causa de un accidente, los beneficiarios del seguro deberán hacer constar la causa de la muerte por la autoridad competente y deberán avisar el deceso a la Compañía por escrito, dentro de los cinco (5) días contados de la fecha que ocurrió el accidente. La Compañía se reserva el derecho de hacer practicar la autopsia siempre que la Ley lo permita.

La falta de cumplimiento dentro de los plazos fijados, de las obligaciones señaladas en este artículo, permitirá a La Compañía disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente.

Si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del accidente. La Compañía quedará liberada del pago de toda indemnización.

Ocurrido un accidente, el Asegurado deberá recurrir sin pérdida de tiempo a los servicios de un facultativo y deberá continuar bajo asistencia médica regular hasta la curación de la dolencia. Igualmente deberá adoptar todas las providencias que sean necesarias para disminuir las consecuencias del accidente.

El médico de la Compañía, así como los agentes o inspectores de la misma podrán, en cualquier momento, examinar al Asegurado accidentado, con el fin de poder cerciorarse sobre el estado de su salud.

La Compañía podrá hacerse cargo de la asistencia médica del Asegurado, si lo juzga necesario, para disminuir las consecuencias del accidente.

El importe de la indemnización se liquidará según el informe del médico que asistió al Asegurado y del médico nombrado por La Compañía. Si hubiera divergencias entre los dos médicos indicados, ambas partes se atenderán al informe de un tercer facultativo, quien deberá ser nombrado de común acuerdo por los dos primeros y cuyo dictamen tendrá el carácter de definitivo e inapelable. En caso de que dichos facultativos no pudieran ponerse de acuerdo sobre la designación del tercero, éste será

nombrado por el Colegio Médico de Honduras.

Los médicos actuarán como árbitros, debiendo las partes ajustarse a lo dispuesto en la Cláusula Vigésima Tercera de la presente póliza.

Para el cálculo del salario que debe servir de base para el pago de las indemnizaciones, se aplicarán las siguientes reglas:

Para el cálculo del salario que debe servir de base para el pago de las indemnizaciones, se aplicarán las siguientes reglas:

I. EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

- a) Se tomará como base el salario diario normal que tiene asignado el trabajador por su labor ordinaria, sin tenerse en cuenta el aumento que ese salario pueda tener en los casos en que se presten servicios en horas extraordinarias, o por razón de estar desempeñando en el momento del accidente y fuera de los normal, un trabajo al corresponda un salario más elevado.
- b) Cuando se trate de trabajadores que, sin ser destajistas, estén contratados permanente para desempeñar servicios que presten durante parte de la jornada ordinaria, se tomara como base el salario real que perciba el asegurado al servicio del patrono durante estas horas de trabajo, en el momento del accidente.
- c) Cuando se trate de trabajadores a destajo, miembros de cooperativas o de sindicatos contratantes de trabajo, se dividirá entre treinta el monto que hayan percibido o devengado por trabajo o participaciones durante el mes anterior a la fecha del accidente y el resultado, será la base diaria para el cálculo de la indemnización a falta de este dato, se tomara como base el promedio diario en la última semana anterior al accidente.
- d) Previniendo el caso especial de los aprendices, meritorios y demás trabajadores que por cualquier circunstancia perciban en efectivo un salario inferior al mínimo, se establece como regla general que la compañía solo está obligada a pagar indemnizaciones teniendo en cuenta el salario real que perciben en efectivo los trabajadores, salvo lo establecido en los incisos e) y f) siguientes:
- e) Cuando por causa del accidente, deje el trabajador de recibir del contratante la alimentación y el alojamiento inherente a su empleo, la compañía tomara en cuenta estas prestaciones dentro de la cantidad que sirva de base para el cálculo de la indemnización, siempre que el contratante, este obligado a cubrir dichas prestaciones y que haya tomado en cuenta el importe de las mismas para el computo de las primas y que el trabajador no este hospitalizado por cuenta de la compañía.

A menos que el contratante por sí mismo o las autoridades del trabajo hayan fijado una base especial para el computo de la parte del salario representado por alimentación y alojamiento, se valuarán estas presentaciones en la forma siguiente: alimentación 35% del salario pagado en efectivo; alojamiento 15% del salario pagado en efectivo.

- f) El salario que se tome como base para el cálculo de las indemnizaciones será el devengado por el trabajador en una jornada ordinaria.

II. EN CASO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Se seguirán las mismas reglas, pero tomando como base el salario que percibía el trabajador en la fecha en que se inició la enfermedad, mismo día que servirá de partida para calcular el salario medio de los trabajadores a destajo.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA. MODIFICACIONES 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 en el extranjero; si se volviera inválido de acuerdo con la cláusula Décima de estas condiciones generales; 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 TERCERA. 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, Distrito Central, salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, puedan hacerse en algunas de sus Sucursales.

CLAUSULA DECIMA CUARTA. PRUEBA 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 DECIMA QUINTA. REQUISITOS PARA EL PAGO DE UN SINIESTRO EN CASO DE FALLECIMIENTO.

Al recibir la notificación de muerte accidental de cualquiera de las personas amparadas por la póliza, para efectos de solicitar a la Compañía la indemnización de 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 la Personas.
- c) Certificado de la Autoridad que se hizo presente al momento del accidente.
- d) 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.
- e) 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.

EN CASO DE INCAPACIDAD

- a) Fotocopia de la tarjeta de identidad o partida de nacimiento original del Asegurado.
- b) Certificación médica extendida por el IHSS donde indique la causa de la invalidez y el grado de incapacidad.
- c) 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 DECIMA SEXTA. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

- a) Llenar totalmente el formulario de reclamación, en la parte que corresponde al informe del asegurado debiendo asegurarse de detallar el accidente sufrido, sus causas y consecuencias.
- b) Llenar totalmente la parte que corresponde al informe del médico, debiendo asegurarse que el mismo anote todos los datos de suma importancia, referente al accidente sufrido sin olvidar que debe colocar la fecha, firma y sello.
- c) Presentar los comprobantes de pago originales, que respalden el gasto efectuado como ser: recibos de honorarios médicos, recetas médicas, facturas de farmacia, orden de examen médico, recibos de laboratorio, rayos x

etc. Estos deben reunir invariablemente los requisitos fiscales que para tal efecto exige la ley como son: número de factura, número de recibo, RTN, el membrete correspondiente etc.

CLAUSULA DECIMA SEPTIMA. PRESCRIPCIÓN.

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.

Tratándose de terceros beneficiarios, se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho o constituido a su favor.

CLAUSULA DECIMA OCTAVA: 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

CLAUSULA DECIMA NOVENA: COMUNICACIONES.

Toda solicitud o comunicación a la Compañía, relacionada con la póliza deberá hacerse directamente y por escrito a su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, o en su Sucursales.

Las comunicaciones o notificaciones que La Compañía tenga que hacer a los Asegurados se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando sean enviadas por escrito con acuse de recibo, al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

Será nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción, fijado en los párrafos anteriores.

La prescripción se interrumpirá por el nombramiento de peritos para el ajuste del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 1133 del Código de Comercio, o al entablarse acción judicial.

CLAUSULA VIGESIMA. EXENCION DE RESTRICCIONES.

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

CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA. COBERTURA MUNDIAL.

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

CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA. EDAD.

Esta Póliza solo se extiende a personas de 15 a 65 años, pero podrá renovarse a su vencimiento con el consentimiento de la Compañía, siempre que el Asegurado no haya alcanzado 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 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 TERCERA. PERIODO DE GRACIA.

No obstante, de no existir los fondos necesarios en la cuenta, se considerará un periodo de gracia de 30 días calendario para el pago de las primas, caso contrario cesarán los efectos del seguro.

CLÁUSULA VIGESIMA CUARTA. MODIFICACIONES.

En los términos de ésta 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 conste por escrito debidamente autorizado por La Compañía. Los agentes no están facultados para modificar las condiciones de la póliza, toda modificación efectuada a las Condiciones Generales de esta Póliza, deberá ser del conocimiento de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

CLÁUSULA VIGESIMA QUINTA. OTROS SEGUROS.

Si el Asegurado durante la vigencia del presente seguro, contratara otro seguro contra accidentes

personales o seguro de viajes, deberá comunicarlo por escrito a La Compañía en el término de 8 días y ésta dará, en el mismo plazo su consentimiento o podrá rescindir el presente contrato, debiendo comunicar al Asegurado su decisión, en el término de quince (15) días hábiles con acuse de recibo, devolviendo al Asegurado, la parte de la prima no devengada.

CLÁUSULA VIGESIMA SEXTA. CAMBIO DE CONTRATANTE.

Si el Contratante fuera sustituido por otro deberá de comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución y si esta 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.

CLAUSULA VIGESIMA SEPTIMA. REPOSICION.

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

CLAUSULA VIGESIMA OCTAVA. 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.

CLAUSULA VIGESIMA NOVENA. 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.

IX. 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 comprobare 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