

**SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO SALDO
DEUDA Y DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**

Póliza No.			Categoría:
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:
Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/>	Entidad 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			
RAZÓN 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: 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:	
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: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del negocio (si aplica)		Giro o actividad económica del negocio:
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): De 0 – 3 <input type="checkbox"/> De 4 – 6 <input type="checkbox"/> De 7 – 10 <input type="checkbox"/> De 11-20 <input type="checkbox"/> De 21-50 <input type="checkbox"/> 50 en adelante <input type="checkbox"/>	¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Si su respuesta es SI detalle:	
	Fuente de ingreso: _____	
	Valor mensual estimado: _____	
	¿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 _____	

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 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 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 PÓLIZA

a) Plan de Seguro: _____

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 _____

III. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE:

- a) Edad comprendida entre 15 y 65 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 DEL SEGURO.

- a) Muerte: La Aseguradora cubrirá el saldo de los préstamos en caso de fallecimiento del deudor asegurado.
- b) Pago anticipado del Capital Asegurado por Incapacidad Total y Permanente: En caso de que el Asegurado sufra un accidente o una enfermedad que lo inhabilite para efectuar su trabajo u otro por el cual pudiera recibir alguna remuneración, la Compañía le otorgara al banco un solo pago por el total del saldo de la deuda.
- 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.
- b) En caso de fallecimiento de un Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental, dentro de los dos años siguientes a la última fecha de su inscripción ininterrumpida, la compañía solamente quedará obligada a devolver las primas que éste hubiere pagado en relación con el asegurado, durante el año póliza en que ocurre el evento. Después de transcurridos esos dos años, la compañía pagará la indemnización correspondiente.

CLAUSULA SEGUNDA. EXCLUSIONES

La presente póliza excluye la muerte que resulte a consecuencia de:

- a) 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 o 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

CLAUSULA TERCERA. CONSTITUCIÓN 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 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 siguientes definiciones:

1. **ASEGURADO:** Es la persona que está cubierta por la Póliza cuya vida o integridad física se asegura.

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. **INSTITUCIONES SUPERVISADAS:** Institución del Sistema Financiero, Oficinas de Representación, Organizaciones Privadas de Desarrollo Financieras (OPDF), Instituciones de Seguro, Institutos Públicos de Previsión, Administradoras de fondos de Pensiones y Cooperativas de Ahorro y Crédito Supervisadas.
4. **EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.
5. **EDAD MÁXIMA 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. **PÓLIZA 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, el Certificado Individual de Cobertura y las Condiciones Particulares, si hubieren.
7. **PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el contrato.
8. **SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad 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.

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 del Asegurado y sus declaraciones complementarias y, por consiguiente, cualquier dato inexacto u ocultado, que conocido por la Compañía la hubiere retraído a emitir esta Póliza 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 Asegurado su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento. Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causas 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 un año su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del Asegurado.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada certificado, después de que haya estado en vigor, por un período de un año contado desde la fecha de la última inscripción ininterrumpidamente en el correspondiente registro del asegurado excepto lo dispuesto en la Cláusula Vigésima Segunda 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 asegurado 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. Y en algunos casos para los seguros que respaldan créditos u obligaciones bancarias la vigencia será anual, pudiendo renovarse de forma automática, hasta el término del plazo de dicha obligación.

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

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 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. INICIO, TERMINACIÓN Y RENOVACIÓN 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 calendario 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 calendario 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. BENEFICIARIO DEL SEGURO

El beneficiario irrevocable del seguro será la Institución Acreedora hasta la cantidad que el asegurado adeudare al momento del fallecimiento y/o incapacidad total y permanente a causa de enfermedad o accidente.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA. OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del contratante las siguientes:

1. Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
2. Pagar a La Compañía la prima total.
3. Informar por escrito a La Compañía:

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

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA. 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) calendario 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. POR FALLECIMIENTO:

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 Suma Asegurada será requisito la presentación de los siguientes documentos originales:

- a) Completar el formulario de Reclamación de Seguro
- b) Fotocopia de la tarjeta de identidad del fallecido o partida de nacimiento original.
- c) Certificado de Defunción extendido por el Registro Nacional de la Personas.
- d) Certificación médica que indique la causa de la muerte.
- e) Certificado de la Autoridad que se hizo presente en el caso que la muerte fuese accidentada, homicidio o suicidio.
- f) Documentos probatorios del Saldo del Préstamo al momento del fallecimiento.

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- a) Fotocopia de la tarjeta de identidad o partida de nacimiento original del Asegurado.
- b) Certificación médica extendida por el IHSS o de una institución autorizada para tal fin en el país donde indique la causa de la invalidez y el grado de incapacidad.
- c) Documentos probatorios del saldo de la deuda.

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. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURO.

La cobertura de cada asegurado terminará al ocurrir cualquiera de los hechos siguientes:

- a) El cumplimiento de los setenta años de edad;
- b) Por falta del pago de primas
- c) Liquidación de la deuda que motivó el seguro
- d) Terminación del contrato

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 dicha realización.

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

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 o Agencias autorizadas.

Las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer al asegurado se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando las haga a través del Contratante, que serán enviadas por escrito al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

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.

CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA. EDAD.

Para formar parte del grupo asegurado se requiere que, en el momento de la inscripción, la edad del asegurado en su cumpleaños más próximo, esté comprendida entre los 21 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 65 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, en caso de no hacer efectivo el pago de las primas, se considerará un periodo de gracia de 30 días calendario para el pago de las primas, caso contrario cesarán los efectos del seguro.

CLAUSULA 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. 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 VIGESIMA SEXTA. 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 VIGESIMA SEPTIMA. 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.

VIII. 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