

Para uso exclusivo de la Compañía | Póliza No.: | Cert. No.: | Zona:

I. Datos persona natural / representante legal

Persona Natural
Comerciante Individual

Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido			
Tipo de identificación Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>			Número de identificación			RTN			
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Edad	Lugar de nacimiento: Municipio Departamento			Nacionalidad(es) 1 2			
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>		Actividad económica principal Asalariado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/>					
Profesión, ocupación u oficio		Celular		Teléfono fijo		Correo electrónico personal			
Dirección de residencia persona natural / representante legal									
Departamento			Municipio			Ciudad			
Colonia		Bloque		Calle		Avenida		No. De casa	
Dirección referenciada									
Nombre completo del cónyuge (si aplica)				Número de identidad del cónyuge					
Nombre de la empresa donde labora o nombre del negocio					Giro o actividad económica				
Posición o cargo que desempeña						Fecha de empleo	Día	Mes	Año
Dirección de la empresa donde labora o negocio propio									
Departamento			Municipio			Ciudad			
Colonia		Bloque		Calle		Avenida			
Dirección referenciada									
Teléfono		Correo laboral			Sitio Web		Fax		
Si el asegurado es estudiante o ama de casa , favor proporcionar la siguiente información:		Nombre completo de la persona de quien depende económicamente							
Número de identidad		Actividad económica que desarrolla			Parentesco				
¿Desempeña o ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro años?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Institución		Cargo público		Período		
¿Usted actúa en nombre propio?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es negativa, especifique a continuación:						
Nombre completo			Identidad		Relación (financiera, personal)				
¿Es usted un cliente APNFD? APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indicar que actividad APNFD realiza: Se solicita adjuntar constancia de inscripción en la URMOPRELAFT						
¿Es usted PEP? PEP = Persona Expuesta Públicamente		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es Sí, deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacional y extranjero)						

Información financiera de persona natural / representante legal

Especifique su fuente de ingresos:								
A cuántos salarios mínimos equivale su ingreso mensual (actividad económica principal)			Recibe ingresos diferentes a su actividad principal			Si su respuesta fue sí, favor detalle:		
De 0 – 3 <input type="checkbox"/>		De 4 – 6 <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
De 7 – 10 <input type="checkbox"/>		De 11 – 20 <input type="checkbox"/>		Fuente de ingresos:		Valor mensual estimado:		
De 21 – 50 <input type="checkbox"/>		De 50 en adelante <input type="checkbox"/>		Realiza transacciones en moneda extranjera		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				Tipo de moneda		Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra:		

Referencias bancarias o comerciales

Nombre		Teléfono		Nombre		Teléfono	

II. Información de seguros

Propósito del seguro

Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Aseguradora
Tipo(s) de seguro(s)	Suma(s) asegurada(s)

III. Datos de la póliza

Desde:	A las 12:00 horas del medio día	Hasta:	A las 12:00 horas del medio día
¿Se trata esta solicitud de seguros Mancomunados? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Con quién?	

a) Riesgos cubiertos	Suma Asegurada	Primas
I. Muerte	L	L
II. Pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez total y permanente R.I.	L	L
III. Extra prima		L
Prima total		L

Forma de pago

<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria No.	<input type="checkbox"/> Cheque No.
<input type="checkbox"/> Tarjeta de débito No.	<input type="checkbox"/> Efectivo

VI. Beneficiarios principales

Nombre completo	Parentesco	Identidad	Valor (%)

Beneficiarios por contingencia (en caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento)

Nombre completo	Parentesco	Identidad	Valor (%)

V. Declaración de salud del solicitante

1) Peso (lbs):	Estatura (mts):
2) ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades o trastornos siguientes:	
a) Afecciones de los órganos respiratorios: ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) Afecciones del aparato circulatorio: ¿Infartos, palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, varices?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c) Afecciones del aparato o del sistema nervioso: ¿Dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas, neurosis, demencia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d) Afecciones del aparato digestivo: ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, proctitis, fistulas del recto, diarrea crónica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
g) ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
h) ¿Enfermedad de la piel?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
i) ¿Edema o supuración o aumento de volumen de los ganglios linfáticos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
j) Afecciones urinarias o de los órganos genitales: ¿Enfermedad de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Presencia en la orina de albumina, azúcar, sangre, pus o arenillas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
k) ¿Enfermedades venéreas o sea sexualmente transmisibles?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
l) ¿Enfermedades infecciosas: ¿Escarlatina, difteria, amigdalitis de repetición, meningitis, fiebres, tifoidea, septicemia, hepatitis, SIDA, o tropicales (malaria, dengue, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
m) ¿Enfermedades o trastornos citados anteriormente, por ejemplo, enfermedades de la sangre, diabetes, gota, hernia, bocio, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, alergias, etc.?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) ¿Padece usted alguna enfermedad o malestar físico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4) ¿Ha sido usted sometido alguna intervención quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5) ¿Tiene algún otro padecimiento que declarar sobre su estado de salud?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6) ¿Quién es el médico que le ha tratado por última vez? ¿Cuándo? ¿Por qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

7) ¿Ha sido usted víctima de amenazas o intento de asesinato? Indique cuándo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8) ¿Consuma usted bebidas alcohólicas? ¿Cuáles? ¿Cuantas diariamente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, especifique:

Pregunta No.	¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuelas?	Nombre y dirección del médico tratante

VI. Declaraciones y autorizaciones del asegurado o titular de la póliza

Declaro que toda la información que he brindado es exacta, completa y verídica, y en la misma se funda el principio de buena fe, bajo el cual se suscribe el Contrato del presente seguro.

Asimismo, indico que cualquier declaración que se compruebe como falsa o inexacta, sea antes o después de la ocurrencia de un eventual siniestro, causarán la nulidad del seguro conforme a las disposiciones contenidas en el Art. 1141 del Código de Comercio de Honduras.

Autorizo a SEGUROS CREFISA S.A. registrar y consultar en las bases de datos de las Centrales de Información administradas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), del Sistema Asegurador (CISA) y cualquier otra sea pública o privada.

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

Declaración, origen de fondos y aceptación de cláusula.

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 de honduras.

Dado en la ciudad de _____ el _____ de _____ de _____

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Nombre del intermediario

Firma del intermediario

Código del intermediario

CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el artículo 729 del Código de Comercio, si el Contratante del seguro no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por La Compañía 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

CLÁUSULA No.1: COBERTURA

COBERTURA BÁSICA: MUERTE.

La Compañía se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada si ocurre el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la cobertura de la póliza.

COBERTURA ADICIONAL

El Asegurado tendrá a su disposición la opción de contratar la cobertura o beneficio adicional que se ofrecen para el Seguro de Vida, contra el pago de la prima adicional correspondiente, las cuales se detallan a continuación:

1. BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTES

CLÁUSULA No.2: EXCLUSIONES

Cobertura Principal

La póliza 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 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 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.

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental, dentro de los dos (2) años siguientes a la última fecha de su

inscripción ininterrumpida, la Compañía solamente quedará obligada a devolver a los beneficiarios las primas que éste hubiere pagado, durante el año Póliza en que ocurre el evento. Después de transcurridos esos dos años, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente.

CLÁUSULA No.3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro queda constituido por la Solicitud de inscripción y las declaraciones de éste, por las Condiciones Generales contenidas en la presente póliza, los Endosos y Anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere.

CLÁUSULA No.4: 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) COMPAÑIA: 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) COMISIÓN: La Comisión Nacional de Bancos y Seguros creada mediante Decreto Legislativo No.155-95 del 10 de noviembre de 1995.
- 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 Compañía no tiene derecho a cobrar prima respecto a la cobertura de la Póliza.
- 6) LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS: Regula la creación, Organización, Funcionamiento, Fusión, Convención, Escisión, Liquidación y Supervisión de las Instituciones que realicen actividades u operaciones de Seguros y Reaseguros.
- 7) 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, Especiales si las hubiere y las Condiciones Particulares.
- 8) PRIMA: Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra los riesgos contratados.
- 9) RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA: Será a cargo del Asegurado como responsable del seguro.
- 10) 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 Compañía al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato (coberturas Adicionales).
- 11) SEGURO TEMPORAL: Es aquel que se contrata por un período de tiempo determinado.
- 12) 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.

CLÁUSULA No.5: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite de responsabilidad máximo son las cantidades que pagará la Compañía por la Suma Asegurada contratada y descrita en el Certificado Póliza.

CLÁUSULA No.6: SUMA ASEGURADA.

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

CLÁUSULA No.7: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado deberá constar que las declaraciones descritas en la solicitud de seguro que completa sobre sus condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos, fueron descritas y dictadas por el mismo, voluntariamente y deja expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, La Compañía podrá excluir o cancelar la cobertura del presente seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato.

CLÁUSULA No.8: PAGO DE PRIMA.

Esta Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales, de acuerdo con la tarifa que tenga en vigor la Compañía a la fecha de emisión de la Póliza.

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 hiciera no sentará precedente alguno de obligación.

1) CALCULO DE PRIMA

La Compañía calculará la prima de acuerdo con su riesgo, edad, ocupación y suma asegurada.

2) AJUSTES A LA PRIMA

Para los efectos de cobro o devolución de primas, respectivamente:

EN CASO DE INCREMENTO: 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.

CLÁUSULA No.9: VIGENCIA

El seguro amparado por esta Póliza vencerá automáticamente a las doce (12) horas del mediodía de la fecha del vencimiento expresada al principio de esta misma Póliza, dadas las características de la póliza, la vigencia del Asegurado figura en el Certificado Póliza de Cobertura y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

La Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales.

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 de anticipación.

La Compañía renovará el 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 aniversario anual de la póliza las condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice.

Para los efectos del cobro o devolución de primas respectivamente:

EN CASO DE INCREMENTO: 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 calculada a prorrata.

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

La Compañía 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 dicha 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 Compañía 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.

CLÁUSULA No.10: BENEFICIARIOS

El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de esta Póliza, podrá 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 la póliza. 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 será registrada en la oficina principal a fin de que tenga validez. Una vez registrada, surtirá efecto desde la fecha de notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la Compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

Si hubiere varios 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.

CLÁUSULA No.11: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- Adjuntar en formato electrónico los datos generales del asegurado.
- Pagar a la Compañía la prima total.
- Informar por escrito a la Compañía:
 - a) Cualquier situación que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza.

CLÁUSULA No.12: PROHIBICIONES DEL ASEGURADO

- Presentar información falsa a la Compañía.
- No pagar en su debido momento a la Compañía, la cantidad de la prima.
- El Asegurado no podrá admitir su responsabilidad, ni hacer ofertas, promesas o pagos sin el consentimiento por escrito de la Compañía, la que tendrá el derecho. Si así lo deseara, de tomar por su cuenta y gestionar a nombre del Asegurado, la defensa o arreglo de cualquier reclamación o de seguir a nombre de él y en provecho propio, cualquier reclamación por indemnización o daños y perjuicios contra cualquier tercero.

CLÁUSULA No.13: AGRAVACIÓN 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 Compañía concluirá quince (15) días 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.

CLÁUSULA No.14: AVISO DEL SINIESTRO

Al recibir la notificación por la muerte, 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.

En caso de siniestro los beneficiarios del seguro tendrán un período de tres (3) años contados desde la fecha de realización del siniestro, para notificar a La Compañía, una vez transcurrido este plazo y no habiendo recibido notificación ni aviso del siniestro, La Compañía no asumirá responsabilidad en cuanto al pago de cualquier indemnización se refiera.

CLÁUSULA No.15: TERMINACIÓN ANTICIPADA

No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicará 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.

CLÁUSULA No.16: 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.

CLÁUSULA No.17: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Aseguradora haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

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

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización 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.

CLÁUSULA No.18: CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y su asegurado sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación arbitraje o por la vía judicial.

El sometimiento a uno de estos procedimientos, será de cumplimiento obligatorio hasta obtener el 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 No.19: 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 de los Beneficiarios y por tanto, todas las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer al Asegurado, se considerará válida y eficazmente cumplidas cuando las haga a través de los Beneficiarios, que serán enviadas por escrito al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

CLÁUSULA No.20: TERRITORIALIDAD

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

CLÁUSULA No.21: SUICIDIO

En caso de fallecimiento del Asegurado por 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 (2) años completos ininterrumpidos de vigencia de la Póliza desde su emisión, en cuyo caso la responsabilidad de la Compañía se limitará al reembolso del importe de la reserva matemática de la Póliza.

CLÁUSULA No.22: EDAD

Se requiere que, en el momento de la inscripción, la edad del Asegurado en su cumpleaños más próximo, esté comprendido entre los dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años. La edad máxima de permanencia será al cumplimiento de los setenta y cinco (75) años.

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.

CLÁUSULA No.23: PERÍODO 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 se cancelará sin necesidad de aviso.

CLÁUSULA No.24: INDISPUTABILIDAD

Este Contrato se basa en la solicitud de Seguro y, por consiguiente, cualquier declaración inexacta u oculta que conocida por la Compañía la hubiere retraído a emitir la Póliza o llevado a modificar sus condiciones, serán causas de anulación de este Contrato cuando el Asegurado hubieren obrado 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 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 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.

CLÁUSULA No.25: CERTIFICADO PÓLIZA

La Compañía emitirá un Certificado Póliza, en el que se hará constar los datos relativos al seguro.

El Asegurado podrá solicitar a la Compañía la anotación en el respectivo certificado de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos, especialmente los cambios de Beneficiarios y la comprobación de edad.

CLÁUSULA No.26: 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 Póliza. La Compañía no asume ninguna responsabilidad por la validez o suficiencia de las cesiones.

CLÁUSULA No.27: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURO

El seguro terminará al ocurrir cualquiera de los hechos siguientes:

- a) El cumplimiento de los setenta y cinco años de edad;
- b) Por falta de pago de primas.

CLÁUSULA No.28: 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.

CLÁUSULA No.29: OPCIONES DE LIQUIDACIÓN

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

CLÁUSULA No.30: 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.

CLÁUSULA No.31: 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 No.32: REPOSICIÓN

En caso de destrucción, extravío o robo 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.

CLÁUSULA No.33: ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o Asegurado 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 Indevido 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 No.34: NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente Contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, de la Ley de Instituciones de Seguros, y demás leyes pertinentes.