

Familia Protegida

Seguro Colectivo de Vida Banco Azteca

Condiciones Generales

Confianza
toda la vida

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY / SUCURSAL HONDURAS
SEGURO COLECTIVO DE VIDA BANCO AZTECA FAMILIA PROTEGIDA
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.

CLÁUSULA No. 1 COBERTURAS

La presente póliza ampara un Seguro de Muerte por cualquier causa para el Asegurado Titular y una doble indemnización en caso de Muerte Accidental, así como de un Auxilio Adicional de Gastos Funerarios. Además, el Asegurado Titular gozará de una Asistencia Médica integral para él o su(s) Beneficiario(s), dichas coberturas están en función al plan seleccionado por el Asegurado Titular.

1. COBERTURA BÁSICA: MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la Compañía pagará al Beneficiario del Seguro designado por el Asegurado Titular o a falta de éstos, a los herederos legales del Asegurado Titular o del (los) Beneficiario(s) que correspondan el importe de la suma asegurada indicada en la Solicitud-Certificado de Seguro. Lo anterior siempre que el Asegurado Titular fallezca dentro de la vigencia de la cobertura y de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza.

2. COBERTURA ADICIONAL: MUERTE ACCIDENTAL:

El seguro ampara el fallecimiento del Asegurado Titular, como consecuencia de un Accidente. La Compañía pagará en adición al seguro de Muerte por Cualquier Causa a los beneficiarios designados por el Asegurado Titular, o a falta de éstos, a los herederos legales del Asegurado Titular o del (los) Beneficiario(s) que correspondan, el importe de la suma asegurada establecida en la Solicitud-Certificado de Seguro del Asegurado.

3. AUXILIO PARA GASTOS FUNERARIOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

En caso de fallecimiento la Compañía pagará un auxilio por el monto indicado en la Solicitud-Certificado de Seguro para que se puedan cubrir los Gastos Funerarios del Asegurado Titular siempre que fallezca dentro de la vigencia de la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

4. SERVICIOS DE ASISTENCIA

Para todos los planes de la póliza se incluye Asistencia Integral que incluye los siguientes servicios para el Asegurado Titular y/o Beneficiario (s):

Cuadro de Asistencia Integral:		
Asistencia Integral	Eventos al año*	Cobertura por evento
a) Consulta Médica con Médico General	4	US\$40
b) Consulta Médica con Pediatra y/o Ginecólogo	2	US\$80
c) Exámenes de Laboratorios de Sangre, Heces y Orina	2	Sin límite
d) Orientación Médica Telefónica	Sin límite	Sin límite
e) Red de descuentos en Rayos X, Ultrasonidos y Tomografías	Sin límite	Dependiendo de cada caso
f) Descuentos en Farmacias de la Red para Medicinas	Sin límite	Dependiendo de cada caso
g) Descuentos en Especializaciones	Sin límite	Dependiendo de cada caso

*Si el periodo contratado supera los 12 meses, para el período a partir del mes 13 y hasta la finalización de la cobertura, la activación de los siguientes eventos se hará de la siguiente manera:

- Consulta Médica General: 1 evento por cada 12 semanas concluidas;
- Consulta médica con pediatra y/o ginecólogo y exámenes de laboratorio de sangre, heces y orina: 1 evento cada 26 semanas concluidas

a) Consulta Médica General en Clínicas de la Asistenciadora:

La Asistenciadora coordinará la visita del Asegurado Titular y/o Beneficiario a una clínica de La Asistenciadora para una consulta, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas. Para efectos de la consulta médica, dicho Beneficiario deberá ser un (1) miembro del Núcleo Familiar del Asegurado Titular para la consulta médica, la cual podrá ser ya sea por accidente o por enfermedad siempre y cuando no esté en riesgo la vida o la integridad de la persona. Este apoyo económico de la asistencia no incluye el costo de medicamentos, solo los honorarios del médico por la consulta médica.

Este servicio se brindará de acuerdo con los montos y eventos máximos establecidos en el cuadro de Asistencia Integral.

b) Consulta Médica Pediátrica y/o Ginecológica en Clínicas de la Red:

La Asistenciadora coordinará la visita del Asegurado Titular y/o Beneficiario a una clínica Pediátrica o Ginecológica de la red para una consulta, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas, ya sea por accidente o por enfermedad que

no constituyan una emergencia y no pongan en riesgo la vida y/o la integridad del paciente. Esta clínica será asignada y autorizada exclusivamente por el equipo médico de La Asistenciadora.

Este apoyo económico de la asistencia no incluye el costo de medicamentos, solo los honorarios del médico.

Este servicio se brindará de acuerdo con los montos y eventos máximos establecidos en el cuadro de Asistencia Integral.

c) Exámenes de laboratorio:

La Asistenciadora coordinará cita para estudios clínicos de laboratorio al Asegurado Titular, siempre y cuando sean prescritos y autorizados por el equipo médico de La Asistenciadora, realizándose con una orden médica en los laboratorios de la red, y que comprende cualquiera de los que se mencionan a continuación:

- Examen general de orina.
- Examen general de heces.
- Grupo y RH.

Este servicio se brindará de acuerdo con los montos y eventos máximos establecidos en el cuadro de Asistencia Integral.

d) Orientación Médica Telefónica (OMT)

Previo solicitud del Asegurado Titular y/o Beneficiario, La Asistenciadora brindará orientación médica telefónica, para que el Asegurado Titular y/o Beneficiario pueda resolver sus dudas sobre alguna dolencia, enfermedad o situación relacionada con la salud. La Asistenciadora no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones. Los gastos en otras consultas y medicamentos en los que incurra el Asegurado Titular y/o Beneficiario correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el servicio se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará, recetará o modificará tratamientos a un paciente vía telefónica. Este servicio se brindará de acuerdo con los montos y eventos máximos establecidos en el cuadro de Asistencia Integral.

e) Red de descuentos en Rayos X, Ultrasonidos y Tomografías:

Previo solicitud telefónica del Asegurado Titular y/o Beneficiario, La Asistenciadora proporcionará información sobre los laboratorios de Rayos X, Ultrasonidos y Tomografías, con los que cuente La Asistenciadora dentro de su red de proveedores, a precio preferencial. La Asistenciadora no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada por parte de las clínicas elegidas.

El costo de los servicios será pagado directamente por el Asegurado Titular con sus propios recursos.

Este servicio se brindará de acuerdo con los montos y eventos máximos establecidos en el cuadro de Asistencia Integral

f) Descuentos en Farmacias de la Red para Medicinas:

Previa solicitud telefónica del Asegurado Titular y/o Beneficiario, La Asistenciadora proporcionará información sobre las Farmacias, con los que cuente dentro de su red de proveedores, a precio preferencial. La Asistenciadora no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada por parte de la farmacia elegida.

El costo de los servicios será pagado directamente por el Asegurado Titular y/o Beneficiario con sus propios recursos.

Este servicio se brindará de acuerdo con los montos y eventos máximos establecidos en el cuadro de Asistencia Integral.

g) Descuentos en Especializaciones:

Previa solicitud telefónica del Asegurado Titular y/o Beneficiario, La Asistenciadora proporcionará información sobre los médicos especialistas con los que cuente dentro de su red de proveedores a precio preferencial. La Asistenciadora no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada por parte del médico especialista.

El costo de los servicios será pagado directamente por el Asegurado Titular y/o Beneficiario con sus propios recursos.

Este servicio se brindará de acuerdo con los montos y eventos máximos establecidos en el cuadro de Asistencia Integral.

CLÁUSULA No. 2 CUADRO DE COBERTURAS, ASISTENCIAS Y PRIMAS:

COBERTURA-ASISTENCIA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
• Vida (<i>fallecimiento por cualquier causa del Asegurado Titular</i>)	L 30,000	L 45,000	L 60,000	L 75,000
• Muerte Accidental (<i>en adición</i>)	L 30,000	L 45,000	L 60,000	L 75,000
• Auxilio para Gastos Funerarios del Asegurado Titular	L 4,500	L 6,750	L 9,000	L 11,250
• Asistencia Integral (<i>aplica para el Asegurado Titular y/o Beneficiario de la asistencia</i>)	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido

CLÁUSULA No. 3 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

3.1 Exclusiones:

La Cobertura adicional por Muerte Accidental no cubre el fallecimiento del Asegurado Titular directa o indirectamente por:

- a) **Enfermedad de cualquier naturaleza o tratamiento médico quirúrgico relacionado con ella;**
- b) **Radiación atómica o energía nuclear;**
- c) **Insolación o locura;**
- d) **Participación del asegurado en una riña;**
- e) **Colaboración directa del asegurado en un delito;**
- f) **Suicidio, tentativa de suicidio o mutilación voluntaria, cualquiera que sea el estado mental del asegurado;**
- g) **Homicidio doloso;**
- h) **Servicio militar o naval del asegurado en tiempo de guerra, declarada o no, revolución, guerra civil o cualquier otra acción bélica;**
- i) **Huelgas, tumultos, alborotos populares y conmociones civiles;**
- j) **Absorción o ingestión de venenos o gases tóxicos;**
- k) **Septicemia o infección, excepto las piogénicas que sobrevengan simultáneamente y a consecuencia de lesiones por accidente;**
- l) **La participación del asegurado en cualquier forma de navegación aérea o submarina salvo cuando el asegurado viajare como pasajero en aeronave comercial de transporte regular de pasajeros autorizada y con itinerario fijo;**
- m) **Encontrarse al asegurado bajo los efectos del alcohol o cualquier bebida embriagante o drogas o sonambulismo; siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas de alcoholemia, efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual.**
- n) **Participación del asegurado en carreras o contiendas de velocidad en cualquier tipo de vehículo, que no sean previamente autorizadas por la Policía Nacional o la Dirección Nacional de Vialidad y Transporte;**
- o) **Exponerse voluntariamente a peligros innecesarios;**
- p) **Personal de servicios de seguridad, vigilancia o policía mientras se encuentre desempeñando sus funciones.**

3.2 Limitaciones Generales Asistencia Integral:

Además de las limitaciones antes indicadas, se deben tener en cuenta que no son objeto de los servicios las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- Las situaciones de asistencia que en su momento no fueron reportadas para ser solicitadas y por dicho motivo, no fueron coordinadas para su atención por el centro de atención telefónica, operadores y funcionarios de La Asistenciadora sin excepción alguna.
- Los servicios recibidos por parte de terceros en virtud de haber presentado alguna situación de asistencia solicitados directamente por el Asegurado Titular y/o sus beneficiarios, sin haberlos solicitado a La Asistenciadora, sin excepción alguna.
- Cuando el Asegurado Titular y/o sus beneficiarios no soliciten el servicio de asistencia La Asistenciadora cualquiera que fuese la causa.
- La mala fe del Asegurado Titular y/o Beneficiarios, comprobada por el personal de La Asistenciadora.
- Consultas, Exámenes, tratamientos y procedimientos no autorizados por La Asistenciadora, procedimientos médicos prestados por otras instituciones y médicos no adscritos a la Red de Prestadores.
- Medicamentos o medicinas ambulatorias u hospitalarias, de marca o genéricas, y medicina natural.
- Traslado en ambulancia de una clínica u hospital a otro centro de atención médica.
- Suministros de muletas, cabestrillo, aparatos ortopédicos de cualquier clase, fajas, corsetes, y adaptación de uno o cualquiera de ellos, a excepción del servicio Insumos Ortopédicos.
- Consultas, Exámenes, Tratamientos Ambulatorios y Hospitalizaciones, relacionados con obesidad, bypass gástrico, enfermedades causadas a consecuencia de sobrepeso (excesivo) y/o por hábitos de fumador.
- La ingestión de drogas, alcohol, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- Cuando el Asegurado Titular y/o Beneficiario hagan uso de palabras altisonantes
- Cuando el Asegurado Titular y/o Beneficiario incurran en falsedad
- Bajo ningún concepto, situación o circunstancia procederá reembolso o restitución alguna por la falta de cumplimiento al proceso general de solicitud de servicio de asistencia relacionado con el presente plan por parte de La Asistenciadora.

CLÁUSULA No. 4 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El contrato póliza queda constituido por estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro del Contratante, las Condiciones Particulares, la Solicitud - Certificado de Seguro y los anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación del Contratante.

CLÁUSULA No. 5 DEFINICIONES

- 1) **Accidente:** Para efectos de esta Póliza se entenderá por accidente toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado independientemente de cualquier otra causa, por la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, que produzca lesiones corporales o la muerte. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado. Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un accidente se considerarán como un sólo evento.
- 2) **Asegurado Titular:** Toda persona natural residente legalmente en Honduras, cuya edad a la fecha de suscripción sea igual o mayor de dieciocho (18) años y hasta el cumplimiento de los setenta (70) años al momento de aplicar para dicha cobertura, manteniendo su cobertura hasta el cumplimiento de los setenta y cinco (75) años de edad.
- 3) **Asistenciadora:** Definido como operador del servicio seleccionado por la Compañía para la prestación material del mismo.
- 4) **Asistencia Integral:** Hace referencia a todos los servicios de asistencia médica contemplados en el producto de acuerdo con los beneficios estipulados en la Solicitud-certificado.
- 5) **Beneficiario del Seguro:** Persona o personas que, por designación del Asegurado Titular debidamente notificada a la Compañía por escrito, o a falta de designación de beneficiario por parte del Asegurado Titular, aquellos designados como herederos legales en un proceso sucesorio, tienen derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en la proporción correspondiente, una vez ocurrido el evento cubierto bajo la presente póliza.
- 6) **Beneficiario de la Asistencia Integral:** Dentro de este rubro se entenderán como Beneficiarios del Asegurado Titular, el cónyuge, hijos y/o dependientes menores de dieciocho (18) años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del Afiliado, quienes podrán gozar de todos los Servicios de Asistencia a los que tiene

derecho el Afiliado de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

- 7) **Compañía:** Para efectos de este contrato corresponde a la aseguradora Pan-American Life Insurance Company, sucursal Honduras.
- 8) **Contratante:** Persona jurídica que celebra la contratación de la póliza y que suscribió la solicitud de seguro que fue base para expedir la presente póliza y que se obliga a efectuar el pago de las primas correspondientes al seguro.
- 9) **Cónyuge o compañero permanente:** Toda persona residente legalmente en Honduras que contrae matrimonio o Unión de hecho reconocida por autoridad competente, con el Asegurado Titular (que no está divorciado o separado), cuya edad a la fecha de suscripción sea igual o mayor de dieciocho (18) años y hasta el cumplimiento de los setenta (70) años al momento de aplicar para dicha cobertura, manteniendo su cobertura hasta el cumplimiento de los setenta y cinco (75) años de edad.
- 10) **Enfermedades o Padecimientos Preexistentes:** Enfermedad relacionada con el Corazón, Hígado, Diabetes, Mental, Neumonía, VIH SIDA o Cáncer, por las cuales ya el Asegurado Titular o el Cónyuge o Compañero Permanente tuvieron advertencia médica o consultaron a un médico, recibieron servicios médicos o de diagnóstico; o se han hecho a recomendación médica exámenes para dichos diagnósticos; o tomaron drogas o medicamentos recetados o recomendados para dichos diagnósticos; o por la presencia de síntomas que causarían a una persona normalmente prudente, asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento efectuado antes de la fecha de vigencia de su cobertura.
- 11) **Endoso:** Documento emitido por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
- 12) **Fecha de Inicio de Vigencia de la Cobertura:** Fecha a partir de la cual da inicio la protección de la Póliza para cada Asegurado Titular y su Núcleo Familiar, estipulada en la Solicitud- Certificado de Seguro.
- 13) **Fecha de Término de Vigencia de la Cobertura:** Fecha en la cual concluye la protección o cobertura para cada Asegurado Titular y su Núcleo Familiar en la Póliza, estipulada en la Solicitud – Certificado de Seguro.

- 14) **Fecha efectiva de la póliza:** Fecha a partir de la cual da inicio la protección de la Póliza suscrita por el Contratante con la Compañía.
- 15) **Fecha de terminación de la póliza:** Fecha a partir de la cual concluye la protección de la póliza suscrita por el Contratante con La Compañía.
- 16) **Ley:** Se refiere al conjunto de leyes, reglamentos, regulaciones y demás disposiciones aplicables a la presente póliza y vigentes en la República de Honduras.
- 17) **Póliza de Seguro:** Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por la Solicitud del Contratante, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado de Seguro y los anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen previa aceptación del Contratante, los cuales constituyen prueba y parte integral del Contrato de Seguro.
- 18) **Monto por evento:** Los servicios de Asistencia Integral serán prestados de acuerdo con los montos y eventos máximos que se establecen para cada uno. El Asegurado Titular en todo momento deberá supervisar la prestación de la asistencia.
El excedente por evento será cubierto por el Asegurado Titular con sus propios recursos. Si los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada período de vigencia, entonces La Asistenciadora deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al Asegurado Titular e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio.
- 19) **Núcleo Familiar:** Para efecto de los servicios de Asistencia Integral, se refiere a la familia conviviente del **Asegurado Titular** formada por los miembros de un único núcleo familiar: cónyuge o compañero permanente, así como hijos menores de 18 años que dependan económicamente del **Asegurado Titular**.
- 20) **Prima:** Cantidad que deberá pagar el Contratante del Seguro como condición para mantener vigente la Póliza, cuyo monto y forma de pago se señalan en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 21) **Solicitud-Certificado de Seguro:** Documento mediante el cual el Asegurado Titular contrata la cobertura en la póliza, la cual se activa de forma automática en caso de declarar que está en buen estado de salud, quedándole copia del mismo como certificado de seguro donde se incluye

el nombre, fecha de nacimiento, número de identidad, domicilio y número de contacto del propuesto asegurado, la respuesta a la declaración de buen estado de salud, la designación de beneficiarios y el monto de cobertura disponible para el cliente.

- 22) **Suma Asegurada:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía por cada Asegurado o los Beneficiarios registrados ante la Compañía, a consecuencia del riesgo cubierto de acuerdo con las estipulaciones consignadas en esta Póliza y en la Solicitud- Certificado de Seguro. Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en la Solicitud- Certificado de Seguro del Asegurado.
- 23) **Periodo de Gracia:** Periodo de tiempo que la Compañía otorga al Contratante para el pago de la Prima convenida, dentro del cual se mantiene la protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.
- 24) **Reclamante:** Persona o personas que presentan la reclamación del seguro.
- 25) **Recibo de Pago:** Es el documento expedido por la Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.
- 26) **Solicitud de Seguro del Contratante:** Es el formulario aprobado por la Compañía mediante el cual el Contratante solicita el plan de beneficios bajo la presente póliza.
- 27) **Vigencia:** Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efecto las coberturas de la póliza.

CLÁUSULA No. 6 LIMITES DE RESPONSABILIDAD

La Compañía ampara a los Asegurados de acuerdo con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos de esta Póliza y conforme a las coberturas y sumas aseguradas y las asistencias establecidas en la Solicitud de Seguro del Contratante, las Solicitudes-Certificados de Seguro, siempre que el fallecimiento y el servicio de Asistencia ocurra durante la Vigencia de la póliza y no esté excluido conforme a las estipulaciones de esta Póliza y/o sus anexos.

CLÁUSULA No. 7 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado perderá todo derecho a las indemnizaciones y la Compañía quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta Póliza cuando el Asegurado realice declaraciones que fueren falsas, inexactas o que contengan omisiones voluntarias, en la Solicitud de Seguro o cualquier otro documento que entregue a la Compañía respecto a hechos o circunstancias

importantes para la apreciación y/o evaluación del riesgo al que se le dará cobertura, de conformidad con lo que al respecto se establece en los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.

CLÁUSULA No. 8 PAGO DE PRIMA

El contratante pagará a la Compañía el monto de la prima en la fecha de inicio de vigencia de la póliza, de la misma forma, cada certificado individual será pagado en una sola exhibición por el periodo total contratado en la fecha de inicio de vigencia del certificado individual.

CLÁUSULA No. 9 VIGENCIA

La vigencia de cada certificado de seguro será desde el momento en que el cliente somete la Solicitud- Certificado de forma válida al Contratante en la póliza colectiva efectuando el pago de prima correspondiente y termina al finalizar el período contratado.

CLÁUSULA No. 10 BENEFICIARIOS

El Asegurado tendrá el derecho a designar a uno o más terceros como beneficiarios sin necesidad del consentimiento de la Compañía. El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de Beneficiarios siempre que la Póliza se encuentre vigente y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a la Compañía, expresando con claridad el nombre, parentesco y porcentaje del nuevo Beneficiario para su anotación en la Póliza. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro al último Beneficiario designado del que haya tenido conocimiento sin responsabilidad alguna para ella. Si el Asegurado renuncia a la facultad de cambiar de Beneficiario, se hará constar en la Póliza el carácter irrevocable de la designación. En caso de que algún beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás beneficiarios sobrevivientes en partes iguales y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del Asegurado. A los efectos del seguro, se presume que el beneficiario de que se trate ha fallecido simultáneamente con el Asegurado cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

En caso de que un Beneficiario fallezca en fecha posterior a la muerte del Asegurado, la Compañía pagará el importe de la póliza a los herederos legales de ese Beneficiario.

CLÁUSULA No. 11 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante:

- a) Recaudar, por los medios acordados por ambas partes la prima de la Póliza y pagarla a la Compañía.

- b) Informar por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos del caso en cuanto a:
1. Nuevos ingresos al grupo, además del resguardo de la Solicitud-Certificado de Seguro de los Asegurados que se enviará en caso de siniestro.
 2. Salidas de Asegurados.
 3. Cualquier situación de los Asegurados que afecte alguna de las condiciones de la Póliza.
 4. Propuesta de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que la Compañía decida al respecto.
- c) Dar a conocer a las personas que se aseguren, la necesidad de declarar exactamente la edad.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO TITULAR O BENEFICIARIO

Con el fin de que el Asegurado Titular o Beneficiario pueda disfrutar de los servicios de la Asistencia Integral, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con La Asistenciadora.
2. En caso de cambio de residencia permanente del Asegurado Titular queda entendido que, si establece su residencia permanente en un lugar distinto al territorio hondureño, la relación se tendrá por extinta, con lo cual La Asistenciadora se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados y se verá liberada de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.
3. Identificarse como Asegurado Titular y/o Beneficiario ante funcionarios de La Asistenciadora o ante las personas que ésta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

CLÁUSULA No. 12 PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Son prohibiciones del contratante:

1. Presentar información falsa de los Asegurados a la Compañía.
2. Efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada por la Compañía.
3. No pagar en su debido momento a la Compañía, la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.
4. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Compañía y que pertenecen al Asegurado o a sus Beneficiarios.

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 inicia la práctica de algún deporte extremo o si estableciera su domicilio definitivo en el extranjero; es decir, si llegara a modificarse el riesgo en una u otra forma, tal hecho debe ser comunicado a la Compañía dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca, por medio escrito con acuse de recibo.

La notificación se hará por escrito a las oficinas de la Compañía o mediante el correo electrónico PColectivo-HN@palig.com, o por cualquier otro medio electrónico legalmente aceptado. Una vez que la Compañía haya sido notificada de la modificación de riesgo en los términos previstos, la Compañía procederá con la evaluación del riesgo, a partir de la cual podrá revocar la cobertura o exigir el reajuste a que haya lugar en los cargos de seguro adicionales y/o el valor de la prima, sin ninguna responsabilidad para la Compañía. La falta de notificación oportuna por parte del Contratante o del Asegurado o si el Contratante o el Asegurado provocan la agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo, quince (15) días después de que la Compañía le comunique al Contratante su resolución de terminar el contrato por esta razón. La mala fe del Contratante o de alguno de los Asegurados dará derecho a la Compañía a retener la prima no devengada. Si el Contratante o el Asegurado no hacen la notificación correspondiente a la Compañía sobre la Agravación Esencial de Riesgo antes del fallecimiento del Asegurado, la Compañía se reserva el derecho de modificar el monto del Beneficio por Muerte por cualquier causa a pagar, basado en los cargos de seguro y/o el valor de la prima correctos, con respeto a la Agravación de Riesgo, como si se hubiera notificado la Compañía según sea requerido.

CLÁUSULA No. 14 AVISO DEL SINIESTRO

Es obligación del contratante y/o Beneficiario dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros cinco (5) días calendario de cualquier siniestro que pueda ser motivo de indemnización. En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía y por cuenta del reclamante, la realización del siniestro.

Información requerida con la presentación del reclamo para el pago del Siniestro por fallecimiento:

Del Asegurado:

- Formulario de notificación de fallecimiento del Asegurado debidamente completado por los beneficiarios
- Original o copia de la Solicitud- Certificado de Seguro.
- Certificación de acta de defunción original emitida por Registro Nacional de las personas.

- Certificación o constancia médica que detalle las causas del fallecimiento completada por el médico asistente o por el centro médico u hospital y/o constancia del Patronato de la comunidad, Alcaldía o autoridad competente que certifique el fallecimiento (membretada, firmada, y sellada).
- Partida de nacimiento original y fotocopia de la tarjeta de identidad del Asegurado.
- En caso de ser extranjeros, fotocopia del Pasaporte Vigente.

Si la muerte del Asegurado ocurrió por accidente:

- Parte de la Dirección Nacional de Vialidad y Transporte, en caso de un accidente automovilístico.
- Certificación del Ministerio Público que incluya resultado toxicológico
- Recortes de Periódicos. (Si los hubiere)

De cada Beneficiario:

- Partidas de nacimiento originales
- Fotocopia de las tarjetas de identidad de los beneficiarios designados o pasaporte de cada beneficiario mayor de edad.

PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de que un Asegurado Titular o Beneficiario requiera de los servicios contemplados, se procederá de la siguiente forma:

1. El Asegurado Titular o Beneficiario que requiera del servicio se comunicará con La Asistenciadora al número telefónico: **22161747**, disponible las 24 horas del día los 365 días del año, de manera inmediata al presentarse la emergencia o necesidad.
2. El Asegurado Titular o Beneficiario procederá a suministrarle al funcionario de La Asistenciadora que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como Asegurado Titular o Beneficiario, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales; como la ubicación exacta del Asegurado Titular o Beneficiario; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por Asegurado Titular o Beneficiario del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise, etc.
3. Queda entendido que el personal de La Asistenciadora únicamente prestará los servicios contemplados a las personas que figuren como Asegurado Titular en la última lista recibida por La Compañía y a los Beneficiarios del núcleo familiar del Asegurado Titular que se registrarán al momento de la solicitud del servicio. De este modo, La Compañía asume la responsabilidad de mantener totalmente actualizada la lista de Asegurado Titular y/o Beneficiarios activos.

4. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, La Asistenciadora le prestará al Asegurado Titular y/o Beneficiario los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

En caso de que el Asegurado Titular y/o Beneficiario no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, La Asistenciadora no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los servicios relacionados con el presente plan de asistencia.

CLÁUSULA No. 15 TERMINACIÓN ANTICIPADA:

TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Este Contrato de Seguro terminará sin obligación posterior para la Compañía y sin notificación alguna, en los siguientes casos:

- a. Por falta de pago de Primas del Contratante. La terminación de la Póliza causará efecto, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido, según lo establecido en la cláusula Periodo de Gracia para el Pago de las Primas más adelante indicado, sin haberse recibido el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s).
- b. Al vencimiento del contrato si éste no se renueva por alguna de las partes con notificación a la otra parte por lo menos con noventa (90) días calendario de anticipación. La Compañía no tiene obligación de renovar este contrato a su vencimiento.
- c. Cuando el Contratante solicite por escrito la cancelación de la Póliza a la Compañía por lo menos noventa (90) días calendario de anticipación.

TERMINACIÓN INDIVIDUAL DE LA COBERTURA

Las coberturas para cada uno de los Asegurados terminarán en los siguientes casos:

- a. Por falta de pago de Primas del Contratante. La terminación de la Póliza causará efecto, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido, según lo establecido en la cláusula Periodo de Gracia para el Pago de las Primas más adelante indicado, sin haberse recibido el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s).
- b. Al vencimiento del contrato si éste no se renueva por alguna de las partes con notificación a la otra parte por lo menos con noventa (90) días calendario de anticipación. La Compañía no tiene obligación de renovar este contrato a su vencimiento.
- c. Cuando el Contratante solicite por escrito la cancelación de la Póliza a la Compañía por lo menos noventa (90) días calendario de anticipación.
- d. Cuando la Compañía compruebe que el asegurado o los beneficiarios han cometido fraude o presentado documentación falsa o inexacta o han hecho declaraciones falsas

para obtener los beneficios de este contrato, de acuerdo con lo que establecen los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio de Honduras.

- e. En la fecha de ocurrencia del fallecimiento del Asegurado.
- f. Cancelación a solicitud por escrito del Asegurado.
- g. Si el Asegurado solicita a la Compañía su deseo de cancelar esta cobertura, dicha cancelación será efectiva a partir de la fecha en que la notificación haya sido recibida mediante carta, siempre y cuando la solicitud de cancelación no sea retroactiva con respecto a la fecha de presentación de la misma. Se procederá en retornar la prima no devengada al momento de la cancelación, y en los casos en los que la cancelación suceda en los siguientes primeros treinta (30) días a la contratación se retornará el 100% de la prima.
- h. En la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de setenta y cinco (75) años.

CLÁUSULA No. 16 RENOVACIÓN

Esta Póliza es emitida con vigencia anual, transcurrido este periodo se considerará renovada por períodos de un año si, dentro de los últimos noventa (90) días calendario de vigencia de cada período, alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de darla por terminada. El pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas negociadas entre el Contratante y la Compañía.

CLÁUSULA No. 17 PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

De conformidad con lo establecido en el Artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, cualquier controversia o conflicto entre la Compañía, el Contratante y cualquier 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.

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

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita, con acuse de recibo, dirigido al correo electrónico o al domicilio de cualquiera de las partes que conste en el contrato Póliza o en la Solicitud-Certificado correspondiente.

CLÁUSULA No. 20 TERRITORIALIDAD

La presente póliza aplica únicamente dentro del territorio hondureño.

CLÁUSULA No. 21 SUICIDIO

El seguro no ampara el suicidio en caso de que el fallecimiento de un Asegurado Titular ocurriese por este motivo, cualquiera que sea su estado mental o el móvil del suicidio, a menos que hubieran transcurridos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de la incorporación del asegurado a la póliza.

CLÁUSULA No. 22 EDAD

Los elegibles para el seguro bajo esta Póliza son los siguientes:

Asegurado Titular:

- De admisión al seguro: De los dieciocho (18) a los setenta (70) años
- Terminación: Al cumplimiento de los setenta y cinco (75) años.

Núcleo Familiar para la Asistencia Integral:

- Cónyuge o compañero permanente, con edad desde los dieciocho (18) a los setenta y cinco (75) años.
- Hijos del Asegurado Titular desde su nacimiento hasta que cumplan los dieciocho (18) años.

CLÁUSULA No. 23 PERÍODO DE GRACIA

El Contratante dispondrá de un Periodo de Gracia de treinta (30) días calendario para pagar la prima, contados a partir de la fecha de vencimiento de cada Prima. Transcurrido este plazo, si no se ha efectuado el pago de la Prima, la Compañía procederá a cancelar la Póliza.

CLÁUSULA No. 24 REHABILITACIÓN

No hay rehabilitación.

CLÁUSULA No. 25 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los dos (2) primeros años contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Cobertura de cada Asegurado, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o declaraciones inexactas en la celebración del Contrato de Seguro o en la activación de cada cobertura individual. Una vez transcurrido dicho plazo la Compañía renuncia al derecho de rescindir el contrato o la cobertura por omisiones o declaraciones inexactas en que hubiere incurrido el Contratante y/o el Asegurado.

CLÁUSULA No. 26 VALORES GARANTIZADOS

Esta póliza no genera ningún tipo de valor de rescate o dividendos.

CLÁUSULA No. 27 MONEDA

Todos los pagos relativos a esta póliza, ya sean por parte del Contratante o por la Compañía, se efectuarán en Lempiras, moneda oficial de la Republica de Honduras.

CLÁUSULA No. 28 ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

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

Este endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso 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. 29 COMPROMISO DE NO CORRUPCIÓN

Las partes contratantes se obligan a respetar, cumplir y hacer cumplir cualquier disposición legal vigente. Por lo tanto, cada una de las partes aquí firmantes se obligan a no dar, ofrecer o prometer de manera directa o indirecta dinero, dádiva o cualquier otra ventaja o retribución de la misma naturaleza o en especie a un funcionario o empleado público, autoridad pública, agente de autoridad de otro gobierno u organización nacional o internacional ajena a este contrato, para que esta persona pudiera retener, obtener, iniciar u omitir cualquier tipo de negocio o actividad relacionada con este contrato, afectando de manera directa o indirecta a las partes. Asimismo, acuerdan que la falsedad, manipulación, alteración o cualquier otro tipo de ilícito penal no mencionado anteriormente y conexo con lo anterior o inexactitud en la documentación o registros contables que se deriven de este contrato, constituyen causal de rescisión o terminación de este, sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil a que hubiere lugar.

CLÁUSULA No. 30 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.



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

  @PanAmericanLife

 Pan-American Life Insurance Group