

Condiciones Generales

Conforme al Artículo 729 del Código de Comercio de Honduras, si el Contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del Contrato suscrito o Póliza emitida por La Compañía, 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 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 la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL CONTRATO:

Seguro de vida que protege la economía familiar del asegurado en caso de ausencia por fallecimiento, asimismo brinda estabilidad económica al asegurado en caso de una incapacidad total y permanente, y la opción de anticipar el cincuenta por ciento de su suma asegurada al ser diagnosticado con una enfermedad terminal, y un auxilio económico a los beneficiarios en concepto de provisión alimenticia.

CLÁUSULA 2. COBERTURAS

2.1 COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

La Aseguradora se compromete a realizar el pago de la suma asegurada suscrita a él o los beneficiarios, en caso de muerte por cualquier causa, en los casos de muerte natural debe ser producida por una enfermedad que surja posterior a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza. La indemnización se realizará siempre y cuando la muerte no sea a causa de una exclusión de la póliza.

2.2 COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

La Aseguradora pagará la suma asegurada básica de forma anticipada siempre y cuando:

- La invalidez total y permanente haya persistido sin interrupción por un período no menor de seis (6) meses continuos contados a partir de la fecha en que ha sido declarada; la obligación de pago de La Aseguradora comienza una vez cumplido este periodo.
- Se haya demostrado médicamente la incapacidad total y permanente del asegurado.
- El grado de invalidez total y permanente sea mayor al 75% según dictamen extendido por el IHSS (Instituto Hondureño de Seguridad Social) o el médico designado por La Aseguradora.
- Que la Póliza se encuentre vigente en el momento en que sea declarada la incapacidad.

La Aseguradora reconocerá como incapacidad total y permanente la pérdida total e irrecuperable de la vista de ambos ojos, o la pérdida por amputación de:

- Ambas manos arriba de las muñecas.
- Ambos pies arriba de los tobillos.
- Una mano arriba de la muñeca y un pie arriba del tobillo.

Se pagará la suma asegurada en doce (12) cuotas mensuales consecutivas de forma anticipada de idéntica cantidad cada una; si el asegurado incapacitado falleciera antes de haber percibido la totalidad de las doce (12) cuotas mensuales, el saldo restante será entregado a los beneficiarios designados, en un solo pago.

Este beneficio será aplicable, siempre que la causa de la incapacidad haya ocurrido después de la fecha de emisión de este contrato y que ocurra antes del cumplimiento de los setenta (70) años de edad, siempre y cuando la incapacidad no sea a causa de una exclusión de la póliza.

La indemnización por Incapacidad extingue todas las coberturas y beneficios, tanto principales como complementarias y/o adicionales establecidas en esta póliza y no podrá hacerse cambio alguno en la póliza una vez declarada la incapacidad.

El pago de las cuotas mensuales se suspenderá automáticamente si el asegurado:

- Restablece su capacidad de trabajo y/o de dedicarse a cualquier negocio, ocupación o actividad de cualquier índole con fines remunerativo o lucrativos, a juicio y dictamen del médico designado por la Compañía

Condiciones Generales

- Dejare de presentar las evidencias de la continuidad de la incapacidad.

Al suspenderse el pago de las cuotas mensuales por las causas descritas en el párrafo anterior, las garantías del seguro principal quedarán nuevamente en vigor, mediante el pago de la prima correspondiente por una suma igual a la diferencia que resulte entre la suma asegurada en la fecha que se inició la invalidez y la suma asegurada pagada durante el periodo de invalidez.

2.3 COBERTURA DE ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL:

La Aseguradora pagará al Asegurado un anticipo del cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada básica que estuviere vigente, si con posterioridad a los seis (6) meses de expedida la póliza, se le haya diagnosticado mediante certificado o dictamen médico una Enfermedad Terminal, con una esperanza de vida inferior a doce (12) meses.

2.4 COBERTURA DE PROVISIÓN ALIMENTICIA:

Al ocurrir el fallecimiento de un Asegurado y previa presentación de los requisitos para pago de siniestro por fallecimientos detallados en la cláusula 14.1, siempre y cuando la muerte no sea a causa de una exclusión de la póliza la Aseguradora entregará al beneficiario, en concepto de Provisión Alimenticia el monto establecido de acuerdo al plan de la póliza vigente.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES

No estarán cubiertos para efectos de este contrato los fallecimientos a consecuencia de:

- 3.1 Condición de Salud Preexistentes: Se define como una enfermedad, lesión corporal, condición de salud o la presencia de síntomas y/o signos por los cuales el asegurado, previo a la fecha efectiva de su seguro:
- Tuvo advertencia médica o consultó a un médico.
 - Recibió tratamiento médico, servicios o suministros médicos.
 - Se ha practicado o le recomendaron exámenes para el diagnóstico pertinente.
 - Tomó drogas o medicamentos recetados o recomendados.
 - Asistió a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Se consideran también enfermedades o lesiones pre-existentes:

- Las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de iniciada la cobertura de la póliza.
- Tenga o no conocimiento el asegurado de su existencia.

3.2 Suicidio o tentativa de suicidio durante el primer año.

3.3 Guerra declarada o no, huelgas, motines, revolución y tumultos populares, donde haya participación directa del asegurado.

3.4 Cometer un delito o acciones que infrinjan las leyes.

3.5 Participación en competencias de Alto Riesgo.

3.6 Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.

3.7 El sida y sus implicaciones.

3.8 EXCLUSION LA/FT:

El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos 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 no 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 la lista de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como participes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU entre otra. Este endoso se adecuara a lo pertinente a los procedimientos especiales que podrán 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

Condiciones Generales

SPN-F.BS-44

tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.”

CLÁUSULA 4. CONTRATO:

Mediante el presente Contrato de Seguros la “Aseguradora”, se obliga, contra el pago de la prima acordada y en el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer un capital, suma asegurada o unas prestaciones, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

Los únicos documentos que constituyen esta póliza y son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son:

- (i) Las Condiciones Generales del Contrato,
- (ii) El Certificado de Cobertura,
- (iii) La Solicitud de Seguro.
- (iv) Los anexos y endosos que se adhieran a la póliza

CLÁUSULA 5. DEFINICIONES

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

1. **Asegurado:** Persona natural o jurídica suscriptora de la póliza, tomador del seguro o contratante, que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.
2. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Ficohsa Seguros, S.A, y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
3. **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 de Cobertura y las Condiciones Particulares, si hubieren.
4. **Plan:** Alternativa seleccionada por el Asegurado en el Certificado de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar.
5. **Capital, Suma Asegurada o Prestación:** Es el monto pagadero en dinero, indicado en el Certificado de cobertura.
6. **Beneficiario:** Titular de los derechos indemnizatorios establecidos en la póliza.
7. **Cobertura:** Obligación principal de la Compañía en un contrato de seguros, consistente en hacerse cargo, hasta el límite de la suma asegurada por las consecuencias económicas que se deriven de un siniestro.
8. **Condiciones Especiales:** Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar la negociación que aplican en particular entre el Asegurado y la Compañía. Las mismas tiene por objeto: ampliar, aclarar, complementar o derogar el contenido o efectos de las condiciones generales.
9. **Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las empresas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.
10. **Endoso o Anexo:** Documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Institución de Seguros y el contratante, según corresponda
11. **Incapacidad Total y Permanente:** será aquella sufrida a consecuencia de lesiones corporales o enfermedad(es), que impida(n) en absoluto al Asegurado dedicarse a cualquier negocio u ocupación y a desempeñar trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos.
12. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.
13. **Edad máxima de cobertura:** 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 por dicho Asegurado.
14. **Prima:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que La Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante la presente póliza.
15. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada y/o Beneficios Adicionales contratados.
16. **Declinación:** Rechazo de una solicitud de indemnización.

CLÁUSULA 6. LIMITES DE RESPONSABILIDAD**6.1 LIMITES DE EDAD:**

- Mínima de Ingreso: Al cumplimiento de los dieciocho (18) años.
- Máxima de Ingreso: Al cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años.

Condiciones Generales

- Máxima de Permanencia: Al cumplimiento de los setenta (70) años.

Si el Contratante incluyera en esta Póliza a personas que se encuentran fuera de los límites de edad establecidos, la Aseguradora solo estará obligada a devolver las sumas de dinero que por ellos hubiere recibido. La cobertura establecida en este seguro se otorga a partir de la declaración de la edad hecha por el Asegurado o Contratante en la solicitud de incorporación al seguro. La edad será comprobada al tramitar el reclamo presentando Certificado de nacimiento del ASEGURADO (fecha reciente) expedido por la autoridad competente. (Se aplicará lo dispuesto en los Artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio).

6.2 ALCANCE DE LA COBERTURA:

Las coberturas garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar, las veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año, dentro y fuera del país, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir un siniestro, y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en el texto de esta póliza.

6.3 COBERTURA UNICA:

Un mismo asegurado no podrá efectuar doble solicitud de seguro bajo este producto, con el propósito de tener doble cobertura.

En caso que el Asegurado este cubierto bajo más de una póliza de este tipo emitida por la Aseguradora, se considerara asegurado a esta persona únicamente por la póliza que provea la mayor suma asegurada. Cuando los beneficios o sumas aseguradas sean idénticos, la Aseguradora, considerara que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero.

En cualquiera de las situaciones descritas, la Aseguradora devolverá íntegramente el monto que haya pagado el Asegurado por concepto de primas correspondientes de las otras pólizas de este tipo que la Aseguradora haya emitido.

CLÁUSULA 7. NULIDAD O DECLARACIONES INEXACTAS

Las declaraciones inexactas y las reticencias del asegurado, relativas a circunstancias tales que el asegurador no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el asegurado haya obrado con dolo o con culpa grave.

El asegurador perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

El asegurador tendrá derecho a las primas correspondientes al periodo del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligado el asegurador a pagar la indemnización. Si el seguro concerniera a varias cosas o personas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia.

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 meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por el asegurador o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

A pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, el asegurador no podrá resolver el contrato en los casos siguientes:

- I.-Si él mismo provoca la omisión o inexacta declaración;
- II.-Si la empresa conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido;
- III.-Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y
- IV.-Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si el dato omitido quedase contestado con alguna otra declaración y ésta fuere omisa o inexacta en los hechos.

CLÁUSULA 8. PRIMA Y PERIODO DE GRACIA

La prima que debe pagar el Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura. Las primas podrán ser cobradas de forma mensual, con cargo al medio de pago automático indicado por el asegurado en la solicitud de seguro. Cualquier atraso en el pago automático no podrá ser imputado a la Aseguradora, y no exonerará al Asegurado de la obligación del pago de la prima en las fechas convenidas.

Condiciones Generales

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 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 valor a pagar de la prima vencida y no pagada. (Conforme lo establece el segundo párrafo del Artículo 1249 del Código de Comercio.)

Transcurrido este plazo sin el pago de la totalidad de la prima, la Aseguradora podrá cancelar la cobertura para dicho asegurado, considerando la fecha de cancelación la fecha de vencimiento en que debió ser pagada la totalidad de la prima.

El asegurado acepta que la Aseguradora cobrará esta póliza únicamente a través del medio de pago automático, tal como se detalla en el certificado punto 3.3. Datos de Pago.

En caso de siniestro por muerte se deducirán de la indemnización las primas pendientes de pago a la fecha del fallecimiento. En caso de siniestro por incapacidad total y permanente el asegurado deberá mantener al día el pago de las primas en caso de mora el pago de las rentas por incapacidad será suspendido hasta que las primas se encuentren pagadas.

CLÁUSULA 9. VIGENCIA, RENOVACIÓN Y CANCELACIÓN

La póliza tiene una vigencia de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia y con renovación automática.

Esta Póliza es renovable automáticamente por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. En caso que la Aseguradora requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, estas deberán ser comunicadas con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

La Aseguradora se obliga a notificar al Asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

La cobertura indicada en esta póliza terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- El asegurado cumpla setenta (70) años de edad.
- Cancelación de la tarjeta/cuenta del Asegurado o medio de pago del seguro.
- El Fallecimiento del Asegurado.
- Por solicitud del cliente a través de la renuncia telefónica
- Por no pago de la prima en las fechas estipuladas sin necesidad de aviso al asegurado.
- La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA:

La cobertura se mantendrá vigente, mientras se pague la prima del seguro. La Aseguradora otorga un período de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

RENUNCIA TELEFONICA:

El asegurado podrá cancelar la póliza únicamente llamando telefónicamente a los números de teléfono del centro de atención indicados en el Certificado de Seguro. La fecha efectiva de la cancelación será a partir de la fecha de la llamada, excepto que exista prima adeudada, en tal caso la cancelación será a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima.

DEVOLUCIÓN DE PRIMA POR CANCELACIÓN:

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros treinta (30) días posteriores a la emisión de la Póliza, siempre y cuando no haya acaecido un evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá el excedente cobrado. Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los treinta (30) días siguientes a la cancelación por parte del Asegurado.

CLÁUSULA 10. BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá instruir para cobrar el beneficio de este seguro, a una o más personas, individualizándolas en la solicitud de incorporación al seguro como beneficiarios.

Condiciones Generales

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos por ley, en los porcentajes establecidos por la ley, debiendo presentar la declaratoria de herederos emitida y refrendada por el Instituto de la Propiedad de la República de Honduras.

El Asegurado podrá modificar su designación de beneficiario cuando lo estime conveniente. A tal efecto deberá dar aviso a la Aseguradora por escrito o Telefónicamente llamando al teléfono de atención al cliente.

La Aseguradora pagará a los beneficiarios registrados en esta póliza o herederos por ley del asegurado si no designo beneficiarios en la solicitud, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia y/o pago del siniestro

CLÁUSULA 11. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a La Aseguradora toda circunstancia de agravación (es) de riesgo (s) aun cuando fuere (n) temporal (es), que pudiera (n) afectar la base de contratación de la póliza o que de haber sido conocidas por La Aseguradora no habría dado su consentimiento para la celebración del contrato o la habría dado en condiciones diferentes, esta comunicación debe ser realizada por el asegurado a La Aseguradora de manera escrita en las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca o deba conocer.

La falta de esta comunicación faculta a La Aseguradora a dar por terminada la cobertura; la responsabilidad de La Aseguradora concluirá 15 días calendario después de haber comunicado su resolución al asegurado.

CLÁUSULA 12. SINIESTROS CUBIERTOS

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza. Para efectos de esta póliza se establece que el plazo máximo de presentación de un siniestro ocurrido durante la vigencia, es de noventa (90) días contados desde la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA 13. PRESENTACION Y PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado o el (los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los requisitos para el trámite en las oficinas de la Aseguradora. La Aseguradora, revisará que los requisitos estén completos con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando la Aseguradora revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado o al Beneficiario y al comercializador masivo de seguros.

El Beneficiario tendrá quince (15) días a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Aseguradora para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

13.1 EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Para el trámite de reclamo, el (los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar a la Aseguradora dentro de los primeros diez (10) días de haber ocurrido el fallecimiento del Asegurado los siguientes documentos del siniestro:

- Formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora.
- Acta de defunción original.
- Copia de identidad del asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del asegurado.
- Certificación con los sellos originales de la autoridad competente, donde se indique la causa de la muerte.
- Documentación complementaria si fuere aplicable, tales como parte de tránsito, de la policía o del juzgado competente.
- Partida de nacimiento original de los beneficiarios menores edad o copia de tarjeta de identidad si fueren mayores de edad.
- Para los beneficiarios menores de edad, copia de identidad del padre sobreviviente o documento de tutoría legal.
- Cualquier otro documento que la Aseguradora considere necesario.
- Certificado de los resultados de autopsia, en los casos que sea requerido específicamente.
- La Aseguradora podrá requerir la realización de otras pruebas o exámenes adicionales en casos extremos de identificación del asegurado; como pruebas dentales, ADN y otras aplicables.
- Informe de las autoridades competentes.
- Original o en su defecto copia de la póliza.

Condiciones Generales

Además, la Aseguradora podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del fallecimiento del asegurado y la identidad de los beneficiarios.

13.2 EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para el trámite de reclamo, el Asegurado o su representante deberá presentar a la Aseguradora dentro de los primeros diez (10) días de haber recibido el Dictamen de Incapacidad los siguientes documentos del siniestro:

- Formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora.
- Certificación de incapacidad total y permanente extendida por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) o por el Médico designado por La Aseguradora, este último cuando el asegurado no sea afiliado al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).
- Copia de la tarjeta de identidad del Asegurado.
- Documentación complementaria como: Parte de tránsito, Certificación de Policía o del juzgado competente en caso de accidente y cualquier otro documento que la compañía considere necesario.

A fin de comprobar la continuidad del estado de incapacidad del asegurado durante la vida de este y mientras continúe el estado de incapacidad, la Aseguradora se reserva el derecho de pedir nuevos reconocimientos médicos durante el periodo de pago de las cuotas mensuales.

13.3 EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

El Asegurado o su representante deberán avisar del reclamo por escrito a La Aseguradora en un plazo máximo diez (10) días calendarios contados a partir de la fecha del diagnóstico de la Enfermedad Terminal.

Es condición para el pago de cualquier reclamación cubierta por esta póliza, que el Asegurado o quien sus derechos represente aporten pruebas a La Aseguradora que demuestren todos los hechos que a continuación se enuncian

- Informe emitido por el médico tratante legalmente facultado, en el cual se debe indicar el diagnóstico definitivo, fecha en que iniciaron los primeros síntomas y antecedentes médicos.
- Se deben presentar los estudios de laboratorio, estudios radiológicos, exámenes especiales y cualquier otro que sustente el diagnóstico indicado en el informe médico.

La Aseguradora podrá solicitar sin costo para el Asegurado una segunda evaluación médica con el médico que La Aseguradora designe, teniendo derecho el Asegurado o La Aseguradora a solicitar hasta una tercera evaluación con el fin de reconfirmar el diagnóstico indicado por el Médico tratante.

Así mismo La Aseguradora podrá realizar las investigaciones que a su juicio considere necesarias ya sea con el o los médico(s) tratante (s), centros hospitalarios, laboratorios y con cualquier otra organización, institución o persona que haya tratado o tenga información sobre los antecedentes médicos del asegurado.

CLÁUSULA 14. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de la Aseguradora, prescriben en el plazo de tres (3) años computados desde que las mismas son exigibles.

CLÁUSULA 15. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las partes que surja relacionado directamente o indirectamente con este Contrato ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo se resolverá mediante la promoción de la acción que corresponda a interponerse ante la jurisdicción y competencia del Juzgado de Letras Civil del departamento de Francisco Morazán.

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 Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días calendarios 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 16. COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Aseguradora directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por el asegurado en el Certificado de

Condiciones Generales

Cobertura o a la última recibida por la Aseguradora. El Asegurado deberá reportar por escrito a la Aseguradora el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada.

Sin perjuicio de lo que establece la presente póliza para la presentación de reclamos, las demás comunicaciones del Asegurado a la Aseguradora, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas principales.

CLÁUSULA 17. SUICIDIO

La Aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del Asegurado o el móvil del suicidio, después de un (1) año continuo de cobertura contados a partir de la fecha de la celebración del contrato.

Cualquier incremento en la Suma Asegurada será nulo en caso de suicidio del Asegurado si este ocurriera antes de cumplirse un año contado desde la fecha en que fue aceptado el incremento de la Suma Asegurada por La Aseguradora.

CLÁUSULA 18. MONEDA

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares de los Estados Unidos de América / Lempiras.

CLÁUSULA 19. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, será repuesta por la Aseguradora, previa solicitud escrita del Asegurado a la misma. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

CLÁUSULA 20. INDISPUTABILIDAD

La reticencia o falsedad intencional en que incurra el Asegurado o el Beneficiario, con dolo o culpa grave, libera a la Aseguradora de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración del siniestro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de Prima total, la Aseguradora devolverá únicamente el monto de las Primas no devengadas, tal y como se indica en la cláusula 9 Primas y Periodo de Gracia. Si el pago de la Prima es mensual, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

CLÁUSULA 21. LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta Póliza será regulada e interpretada de acuerdo a lo que establece la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio Resoluciones y Reglamentos vigentes emitidos por la Comisión Nacional, Banco Central de Honduras y demás legislación General aplicable a las leyes de la República de Honduras.



FICOHSA SEGUROS

Condiciones Generales

BENEFICIO ADICIONAL DE ASISTENCIA FUNERARIA INTERNACIONAL

Servicio de asistencia cubriendo el 100% de los gastos fúnebres las 24 horas del día los 365 días de año.

Beneficios: Asistencia Funeraria

- Ataúd y preparación del cuerpo.
- Apoyo para realizar los trámites legales ante las autoridades competentes de Honduras.
- Sala de velación por 24 horas ó servicio a domicilio a nivel nacional, si así lo deciden los familiares.
- Coordinación de la ceremonia religiosa o culto.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación o al domicilio a nivel nacional, ceremonia religiosa y campo santo.
- Terreno y gastos de sepultura o cremación.
- Arreglos florales para el centro del féretro (ataúd) y dos arreglos florales adicionales tamaño medianos.
- Servicio de café, refrescos y alimentación ligera en la sala de velación, para todos los asistentes.

Repatriación de Restos: (En caso de fallecimiento fuera de Honduras)

- Preparación del cuerpo, embalsamamiento y tanatopraxia (Preparación del cuerpo para la velación).
- Apoyo para realizar los trámites legales, consulares y traslado del cuerpo desde cualquier país del mundo hacia Honduras.
- Ataúd hermético para la repatriación.
- Funda de protección para el revestimiento del ataúd en el transporte aéreo.
- Embalaje especial del ataúd para el transporte aéreo.
- Traslado del cuerpo hasta y desde el aeropuerto.
- Transporte aéreo del cuerpo a Honduras para la repatriación.
- Trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en el aeropuerto de Honduras.
- Traslado del cuerpo desde el aeropuerto Internacional de Honduras hacia el lugar de velación.
- Asistencia funeraria a nivel nacional.

Expatriación de Restos:

Estará cubierta la expatriación de restos desde cualquier lugar del territorio de Honduras hacia el país de origen del Asegurado. Cubriéndose únicamente:

- Traslado de restos.
- Trámites legales.
- Entrega de los restos en el aeropuerto de la ciudad de origen del asegurado fallecido.

Generalidades:

- El servicio de repatriación se prestará desde cualquier país del mundo hacia Honduras.
- Este servicio se brindará a todos los asegurados que suscriban la asistencia funeraria, independientemente de la causa de la muerte. Sin embargo, la prestación de los servicios, no obliga a la compañía de seguros al pago de la suma asegurada en el seguro de vida y beneficios adicionales por una causa de muerte o un evento no cubierto según las condiciones de la póliza.
- Memorial Internacional Honduras, S. A. como proveedor del servicio de asistencia funeraria no se responsabiliza por ningún servicio coordinado directamente con prestadoras de Servicios Fúnebre y Repatriación, en ningún caso se realizará reembolso de los gastos incurridos.
- Ficohsa Seguros y Memorial Internacional Honduras S.A. no será responsable por daños y/o perjuicios originados o causados por los proveedores en red.

En caso de requerir el Servicio de Asistencia Funeraria y/o Repatriación o Expatriación debe comunicarse al Call Center: Zona Centro Sur 2280-4747 y Zona Norte 2580-4747, servicio disponible las 24 horas los 365 días del año.

Las llamadas Internacionales en caso de Repatriación se atenderán en los teléfonos:

- Desde USA: Línea Normal 011-504 2270 7389 / Línea Gratuita 011-504-800-2220-8888
- Desde España y Latinoamérica: Línea Normal 00-504 2270-7389 / Línea Gratuita 00-504-800-2220-8888

Para mayor información de números telefónicos de Memorial Internacional en otros países puedes consultar en la página web www.memorialinternational.com.