



**SEGUROS
AMERICA**

Asegurando tu futuro

Centro Pellas
Km. 4 1/2 C. Masaya
Managua, Nicaragua

PBX: (505) 2274-4200
Fax: (505) 2274-4202
Apdo Postal: 6114

POLIZA COLECTIVA DE VIDA para SALDOS DEUDORES

ACREEDOR CONTRATANTE : BANCO FICOHSA NICARAGUA, S.A.
GRUPO ASEGURADO : DEUDORES DE BANCO FICOHSA NICARAGUA, S.A.
DIRECCION ADMINISTRATIVA : ROTONDA EL GUEGUENSE, 25 VRS AL OESTE, EDIFICIO
BANCO CITIBANK, FRENTE A PLAZA ESPAÑA, MANAGUA.
POLIZA N° : VD-0000143-0
MONEDA : DOLARES
ADENDO No. : OPERATIVIDAD Y CONDICIONES ESPECIALES
VIGENCIA DE LA PÓLIZA : Desde: 01 de Octubre de 2022 Hasta: 01 de Octubre de 2023

Los términos, condiciones y estipulaciones no modificados por el presente Adendo permanecen inalterables. Este Adendo debe ser adherido a/y formar parte integrante de la Póliza arriba mencionada.

Para todos los fines de la presente Póliza, se hace constar y queda anotado de conformidad que, se establecen las siguientes condiciones especiales en la póliza arriba descrita:

A- RESTRICCIONES

La Cobertura Básica de la Póliza no estará sujeta a restricción alguna por cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida de los Asegurados, posterior a la contratación de la Póliza.

El suicidio tendrá un periodo de espera de 02 años, contados a partir de la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza.

B- EXCLUSIONES

- a) Cualquier Siniestro proveniente de actos de terrorismo.
- b) Deportes profesionales, peligrosos incluyendo motociclismo.
- c) Tripulación aérea o de barco, personal militar, mineros y trabajadores en pozos petroleros.
- d) Guerra, ya sea declarada o no, guerra civil, invasión, motín, conmoción civil, insurrección.
- e) Eventos excluidos en la póliza.

C- SUMA ASEGURADA:

La suma asegurada pagadera en caso de fallecimiento de un ASEGURADO será igual al monto desembolsado del crédito, el cual se mantendrá fijo durante toda la vigencia de la póliza. Al momento del fallecimiento se le indemnizará a EL CONTRATANTE el saldo principal del crédito a la fecha del fallecimiento y el remanente, si hubiera, a los beneficiarios declarados por el asegurado en la Solicitud o Declaración Personal. Queda entendido y convenido expresamente que se excluye el saldo de intereses moratorios y cualquier otro cargo.



**SEGUROS
AMERICA**

Asegurando tu futuro

Centro Pellas
Km. 4 1/2 C. Masaya
Managua Nicaragua

PBX: (505) 2274-4200
Fax: (505) 2274-4202
Apdo Postal: 6114

D- CALCULO DE LA PRIMA

Conforme el monto reportado mensual, multiplicado por la tasa, más el recargo, cuando aplique de acuerdo con el estado de salud. Los recargos aplicados nunca podrán exceder a un +200%, los clientes que sobrepasen este límite serán declinados.

E- RECARGO A LA TARIFA

La tasa indicada esta supuesta a ser aplicada a un riesgo normal, es decir la misma puede variar en dependencia de las características de cada deudor solicitante. Dicha tarifa puede ser recargada en función de la ocupación, índice de masa corporal, padecimientos, enfermedades preexistentes, resultado de las pruebas médicas, actividades y deportes peligrosos, alguna condición especial declarada por el deudor asegurado en el formato de Declaración, o cualquier otro factor que pueda agravar el riesgo, el cual no será mayor al + 200% de la tarifa.

F- REQUISITOS DE SELECCIÓN

Son elegibles a formar parte del grupo asegurado de forma automática, todos los deudores a quienes se les apruebe uno o varios créditos, cuyo monto aprobado y el conjunto de todos los créditos aprobados, sea menor o igual a U\$ 60,000.00 (Sesenta Mil Dólares Netos), por lo cual todos los clientes deberán completar la Declaración Personal y Cuestionario de Salud, quedando exentos de aprobación por parte de La Compañía, los créditos de clientes que cumplan con todos los requisitos detallados a continuación:

1. Que se encuentre en buen estado de Salud.
2. Que las respuestas a las preguntas 1 - 7 de la Declaración Personal de Salud, sean negativas.
3. Que el plazo del Crédito sea menor o igual a 36 meses.
4. Que el solicitante sea menor a 60 años.
5. Que el solicitante tenga un Índice de Masa Corporal de 20 – 29.99

Fórmula para Calculo de IMC		
IMC = Peso en Kg / Estatura al cuadrado		
Ejemplo:		
Peso Kg	Est. Metros	IMC
60	1.65	22

La suma asegurada y responsabilidad máxima de indemnización de SEGUROS AMERICA, para los deudores asegurados de forma automática no excederá en ninguna forma a la cantidad de U\$ 60,000.00 (Sesenta Mil dólares Netos).

Todos los Deudores con créditos aprobados o la suma de todos los créditos por cumulo mayores a U\$ 60,000.00 (Sesenta Mil Dólares Netos) deberán llenar Declaración Personal y Cuestionario de Salud de Saldo Deudor para inclusión a la póliza y remitir a la compañía de seguros para su debida valoración.

Una vez recibido, la Compañía brindará respuesta por escrito sobre su aceptación o declinación e informará las pruebas adicionales de asegurabilidad de ser requeridas para la valoración del riesgo.



**SEGUROS
AMERICA**

Asegurando tu futuro

Centro Pellas
km. 4 1/2 C Masaya
Managua Nicaragua

PBX: (505) 2274-4200
Fax: (505) 2274-4202
Apdo Postal: 6114

En dependencia de la edad, monto del préstamo, y las respuestas contenidas en Declaración Personal y Cuestionario de Salud de Saldo Deudor Individual, la Compañía podrá solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad, las cuales pueden consistir en chequeos médicos y exámenes de diagnóstico.

La Compañía enviará orden de Exámenes al Hospital / Clínica según la Red de Proveedores de La Compañía.

A los deudores que se les otorgue nuevos créditos, y que requieren de requisitos de asegurabilidad, se les estará enviando requisitos médicos conforme detalle de tabla a continuación:

EDAD	CM DESDE - HASTA	CM, EM & EGO DESDE - HASTA	CM, EM, EGO, PXII & ECGB DESDE - HASTA	CM, EM, EGO, PXII, ECGB & ESF & BH MAYOR A
18 - 40	0 - 220,000	220,001 - 290,000	290,001 - 400,000	> 400,001
41 - 50	0 - 180,000	180,001 - 250,000	250,001 - 330,000	> 330,001
51 - 60	0 - 110,000	110,001 - 180,000	180,001 - 220,000	> 220,001
61 - 70	0 - 60,000	60,001 - 100,000	100,001 - 125,000	> 125,001

NOMECLATURA:

CM	DECLARACIÓN PERSONAL Y CUESTIONARIO DE SALUD
EM	EXAMEN MÉDICO
EGO	EXAMEN GENERAL DE ORINA
PXII	PERFIL XII + PRUEBA DE HIV
BH	BIOMETRIA HEMATICA
ECGB	ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO
RX	RAYOS X DE TORAX
ECGB & ESF	ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO Y ESFUERZO

REQUISITOS COMPLEMENTARIOS:

- ✓ HIV / Se realizarán a personas de 18 a 60 años que soliciten más de U\$180,000.00
- ✓ PSA / Para Hombres mayores de 50 años con sumas mayores a U\$100,000.00
- ✓ RX / Prueba adicional en caso de patologías pleuropulmonar y/o cardiovascular.
- ✓ CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES Y DEPORTES DE ALTO RIESGO / siempre y cuando el cliente declare alguna actividad o deporte en el Formato de Declaración Personal y Cuestionario de Salud.



**SEGUROS
AMERICA**

Asegurando tu futuro

Centro Pellas
K.m. 4 1/2 C. Masaya
Managua Nicaragua

PBX: (505) 2274-4200
Fax: (505) 2274-4202
Apdo Postal: 6114

G- EGRESOS DE DEUDORES ASEGURADOS

La cobertura de cualquier miembro de la colectividad asegurada terminará automáticamente, por cuales quiera de las siguientes causas:

- a. Por fallecimiento.
- b. Por pago del crédito.
- c. Por refinanciamiento del crédito.
- d. Por traspaso de deuda.
- e. Cuando el ASEGURADO termine su relación contractual con EL CONTRATANTE.
- f. A la edad de finalización del seguro (75 años), aún cuando el plazo del crédito sobrepase la edad de finalización

H- RECARGOS POR SINIESTRALIDAD

La tarifa será revisada anualmente, y la misma podría variar de acuerdo con el resultado de siniestralidad presentada.

I- LIQUIDACIÓN MENSUAL

La Compañía emitirá liquidación mensual, de acuerdo con reporte de asegurados, el cual será enviado mensualmente por El Contratante, en los primeros cinco (05) días del mes subsiguiente, para lo cual requerimos en archivo electrónico Excel, la información listada a continuación.

1. Nombres y Apellidos del deudor/asegurado
2. N° de Cedula de Identidad (separado por guiones: 000-000000-0000), o del documento oficial de identidad (en caso de extranjeros).
3. Fecha de Nacimiento.
4. Edad.
5. N° Crédito o Préstamo.
6. Monto Inicial del Préstamo
7. Saldo del principal a la fecha de corte del reporte
8. Fecha Inicial del Préstamo
9. Fecha Final del Préstamo
10. Plazo del Préstamo

El trámite de la solicitud empieza una vez que ésta este completa, tanto en su llenado como en los requerimientos necesarios para la valoración del riesgo.

La cobertura inicia cuando Seguros América apruebe la solicitud indicando la tarifa a aplicar.

No serán reconocidos aquellos reclamos de personas no asegurables que por error hayan sido incluidos en la póliza, o por aquellos que habiendo sido asegurables al momento de la inclusión en el seguro ya no sean asegurables por haber alcanzado la edad máxima indicada en estas condiciones. En dichos casos, la responsabilidad de la Compañía se limitará a la devolución de las primas recibidas.



**SEGUROS
AMERICA**

Asegurando tu futuro

Centro Pellas
Km. 4 1/2 Masaya
Managua Nicaragua

PBX: (505) 2274-4200
Fax: (505) 2274-4202
Apdo Postal: 6114

J- RIESGOS NO ASEGURABLES:

No son elegibles para formar parte al Grupo Asegurado, todo Cliente que La Compañía haya DECLINADO. Si El Contratante incluye en los reportes a Clientes Declinados, la cobertura de estos será nula, limitándose la obligación de LA COMPAÑIA a devolver las primas pagadas.

En fe lo de anterior, se firma el presente Adendo, en Managua, Nicaragua, a los 07 días del mes de noviembre del 2022.


FIRMA AUTORIZADA



SEGUROS
AMERICA

Asegurando tu futuro

SEGURO COLECTIVO DE VIDA DEUDORES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. INTEGRACIÓN AL CONTRATO

SEGUROS AMERICA, S.A., (de aquí en adelante denominada LA COMPAÑÍA) y el Solicitante (de aquí en adelante denominado EL CONTRATANTE), acuerdan en celebrar el Contrato de Póliza de Seguro Colectivo de Vida para Deudores, el cual estará constituido por las declaraciones hechas en la Solicitud del CONTRATANTE, las Solicitudes y declaraciones de salud de cada ASEGURADO, las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, las Cláusulas Especiales (si las hubiere), las Cláusulas Adicionales y los Adendos que se le adhieran.

Es entendido y convenido que las Condiciones Particulares prevalecen sobre las Generales y que la validez del presente contrato queda sujeta a la veracidad de las declaraciones en la solicitud de aseguramiento y cualquier otro documento firmado por EL CONTRATANTE que hubiere servido de base para la celebración o modificación del mismo.

CLÁUSULA II. ACEPTACIÓN DE LA PÓLIZA

Si EL CONTRATANTE no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la sociedad de seguro, podrá resolverlo dentro de los treinta (30) días siguientes de haber recibido el contrato o póliza, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la modificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

En caso de ocurrir un acontecimiento antes de solicitada y/o aceptada por la sociedad de seguros cualquier rectificación o modificación durante el tiempo establecido en el párrafo anterior, ambas partes se sujetarán a lo establecido en la póliza. Se sujetarán a lo establecido en la solicitud cuando, las condiciones de la póliza de seguros no concuerden con la solicitud de EL CONTRATANTE, habiendo este pagado la prima correspondiente a lo solicitado.

CLÁUSULA III. DEFINICIONES

- 1. Altas:** Son los nuevos asegurados que se incluyen en el reporte que envía mensualmente EL CONTRATANTE a LA COMPAÑÍA.
- 2. Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo. Para los seguros de personas es sobre cuya vida se garantiza el Seguro.
- 3. Beneficiario:** La persona natural y/o jurídica a quien corresponde percibir el derecho de indemnización de la Póliza.

4. **Certificado individual:** Documento que contiene un resumen de los aspectos y condiciones particulares de la póliza emitida por LA COMPAÑÍA de seguros, que remite al CONTRATANTE para que entregue a cada ASEGURADO.
5. **Contratante:** Es la persona natural o jurídica, que solicita la contratación de una póliza y se obliga con LA COMPAÑÍA al pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la misma se estipulan.
6. **Contrato de seguro:** Es el contrato mercantil de prestación de servicios, por el cual una sociedad de seguros se obliga mediante el pago de una prima, a indemnizar el daño producido a una persona.
7. **Grupo Asegurado:** Lo integran todas las personas naturales que sean deudores del Contratante de la póliza.
8. **Incapacidad Total y Permanente:** Cuando EL ASEGURADO por alguna enfermedad o accidente, quede imposibilitado para desempeñar sus labores habituales y remuneradas o cualquier otra compatible con sus conocimientos o aptitudes.
9. **Prima:** Es el monto a pagar, a LA COMPAÑÍA, para que ésta asuma la cobertura de los riesgos detallados en una póliza.
10. **Reclamo:** Es el trámite que realiza EL CONTRATANTE y/o Beneficiarios ante LA COMPAÑÍA por la ocurrencia de un acontecimiento amparado, para obtener la indemnización, en dependencia a la cobertura que corresponda, de acuerdo con los términos, condiciones y/o exclusiones contenidos en la Póliza.
11. **Saldo Principal:** Saldo pendiente del principal de un préstamo, sin incluir intereses o cualquier otro cargo.
12. **Suma Asegurada (Capital Asegurado):** Es el valor reportado por EL CONTRATANTE del seguro, cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar LA COMPAÑÍA, en caso de un siniestro, según el acuerdo entre las partes.
13. **Vigencia:** Es el periodo de tiempo que transcurre entre el inicio y finalización de la cobertura de la póliza, a partir de la fecha y hora establecida en las Condiciones Particulares y sujeto al pago de la prima.

CLÁUSULA IV. OBJETO DEL SEGURO

El objeto de la presente póliza es otorgar protección de los riesgos adquiridos por EL CONTRATANTE con el propósito de resarcir los créditos otorgados a sus deudores.

CLÁUSULA V. COBERTURA BASICA

a. Muerte por Cualquier Causa

Esta Póliza de Seguro otorga protección por el fallecimiento por cualquier causa legalmente comprobado del ASEGURADO, LA COMPAÑIA de acuerdo con las Condiciones Particulares de la Póliza, indemnizará a EL CONTRATANTE, y si aplica a sus BENEFICIARIOS designados, o en su defecto a los herederos legales, la suma asegurada a la fecha de su fallecimiento, siempre y cuando el fallecimiento de este acontezca durante la vigencia de la Póliza.

Si “EL ASEGURADO” sobrevive a la terminación del crédito, la cobertura concluirá sin ninguna obligación para “LA COMPAÑIA”.

CLÁUSULA VI. COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES

a. Beneficio de Anticipación de suma asegurada en caso de incapacidad total y permanente (BIAC):

EL ASEGURADO gozará de este beneficio, en caso de quedar incapacitado total y permanente para desempeñar sus labores habituales y remuneradas o cualquier otra compatible con sus conocimientos o aptitudes, siempre y cuando la incapacidad no provenga de, o no tenga su origen en alguna de las circunstancias que se encuentran en las exclusiones de esta cobertura.

La incapacidad debe ser causada por una enfermedad diagnosticada después de haber transcurrido seis (6) meses, contados a partir del momento en que aceptamos asegurar al Deudor o de la inclusión de la cobertura. Si la incapacidad fuere causada por un accidente, no será necesario que haya transcurrido el plazo señalado anteriormente.

La Suma Asegurada, será la misma que corresponde a la Cobertura Básica, la cual será indemnizada en un solo y único pago.

La incapacidad total y permanente en cualquiera de sus manifestaciones deberá ser diagnosticada por un médico especialista, acorde al padecimiento que da origen a la incapacidad, así mismo se procederá con el reclamo por incapacidad total y permanente, cuando las condiciones físicas de EL ASEGURADO no hubieren evolucionado favorablemente en un período de seis (6) meses consecutivos después de la fecha de admisión del reclamo de la incapacidad. No será necesario que transcurra este plazo cuando la COMPAÑIA acepte dictamen médico que establezca dicha incapacidad, o cuando se produzca la pérdida entera e irreparable de la visión de ambos ojos, o la pérdida de ambas manos, o de ambos pies, o de una mano y un pie. Se considerará como pérdida de las manos y los pies únicamente la amputación en o arriba de la muñeca o tobillo, respectivamente, así una fractura incurable de la columna vertebral; y un estado absoluto e incurable de enajenación mental del ASEGURADO.

Mientras no se admita por la COMPAÑIA la incapacidad total y permanente, el seguro quedará, para el Asegurado reclamante, en suspenso en todos sus efectos.

Una vez admitida por la COMPAÑIA la incapacidad de un ASEGURADO amparado por esta cobertura, cesaran todas las coberturas de la póliza.

a.1. Exclusiones para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.

Las indemnizaciones previstas en esta Póliza no se conceden si la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado se deben directa o indirectamente, próxima o remotamente, total o parcialmente a:

- a) Hostilidades, acciones u operaciones militares o de guerra, invasión o actos de enemigo extranjero (haya o no declaración o estado de guerra), guerra civil, revolución, rebelión, sedición, insurrección, sublevación, conspiración militar, levantamiento popular, terrorismo, tumultos populares relacionados o no en cualquier forma con motivos políticos, huelgas, asonada, motín, golpe militar, por aplicación de la ley marcial, usurpación o intento de usurpación de poder, sabotaje, detención por o bajo la orden de cualquier gobierno o autoridad pública o local, alteraciones del orden público y delitos contra la Constitución Política del Estado. En todos estos casos se aplicará la exclusión sea que el Asegurado participe o no en tales hechos.
- b) Riesgos relacionados directa o indirectamente con energía nuclear o atómica, radiaciones ionizantes o combustión nuclear.
- c) Servicio habitual en las fuerzas armadas, cuerpo de policía o de seguridad y cuerpo de bomberos de cualquier país o autoridad internacional, ya sea en tiempo de paz o de guerra. En caso de que el Asegurado entrare en tal servicio, la COMPAÑIA, a solicitud del Asegurado, devolverá la prima a prorrata que corresponda por cualquier período en que preste dicho servicio durante la vigencia de la Póliza.
- d) Actos provocados intencionalmente por el Asegurado. Tentativa de suicidio o lesiones causadas a sí mismo por el Asegurado o que le causaren el (los) beneficiario(s), incluyendo homicidio o tentativa de homicidio, cualquiera que sea el estado mental del Asegurado o del (de los) beneficiario(s).
- e) Infracción grave de leyes, ordenanzas reglamentos y circulares, infracciones de mayor peligrosidad conforme a la Ley de Tránsito vigente, en la cual participe el Asegurado.
- f) Lesiones corporales que constituyan delito causadas por otra(s) persona(s) intencionalmente en la persona del Asegurado, cuando este actúa de forma imprudente y/o temeraria.

- g) Lesiones provocadas voluntariamente por “El Asegurado”, o bien por participar en maniobras o actividades delictivas o criminales de las que sea responsable, aunque sea en forma parcial.
- h) Accidentes que sean provocados y/o causados por el Asegurado mientras se encuentre bajo los efectos de licor o de bebidas espirituosas en estado de embriaguez o mientras se encuentre en estado de sonambulismo o bajo las influencias de drogas de cualquier tipo, a menos que se le hubieran administrado por prescripción médica.
- i) Participación activa del Asegurado en delitos, duelos, riñas y vendetas. No quedan comprendidos en esta exclusión los actos de legítima defensa judicialmente comprobados.
- j) Actos notoriamente peligrosos, como deportes extremos o de alto riesgo y todo deporte profesional. Así mismo, se excluyen los deportes, que impliquen un riesgo excesivo, debido a la falta de experiencia, falta de cuidado o de conocimiento de condiciones peligrosas fuera de lo normal.

b. Sepelio

Con la finalidad de sufragar los gastos del sepelio, “LA COMPAÑÍA” pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares, a los beneficiarios designados siempre y cuando proceda la indemnización del pago a la cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa.

CLÁUSULA VII. SUMA ASEGURADA

Para esta póliza se considerarán las siguientes opciones de Sumas Aseguradas:

- a. **Opción No. 1 – SUMA ASEGURADA: MONTO DESEMBOLSADO DEL CREDITO:** La suma asegurada pagadera en caso de fallecimiento de un ASEGURADO será igual al monto desembolsado del crédito, el cual se mantendrá fijo durante toda la vigencia de la póliza. Al momento del fallecimiento se le indemnizará a EL CONTRATANTE el saldo principal del crédito a la fecha del fallecimiento y el remanente, si hubiera, a los beneficiarios declarados por el asegurado en la Solicitud y Declaración de Salud. Queda entendido y convenido expresamente que se excluye el saldo de intereses moratorios y cualquier otro cargo, a menos que se haya acordado lo contrario entre EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA.
- b. **Opción No. 2 – SUMA ASEGURADA: SALDO PRINCIPAL DEL CREDITO:** La suma asegurada pagadera en caso de fallecimiento de un ASEGURADO, será igual al saldo del principal del crédito a la fecha de su fallecimiento, conforme a los registros que para el efecto lleve EL CONTRATANTE, y que hayan sido reportados a LA COMPAÑÍA. Queda entendido y convenido expresamente que se excluye el saldo de intereses moratorios y cualquier otro cargo, a menos que se haya acordado lo contrario entre EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA.

Cualquier documento que EL CONTRATANTE pueda tener referente al seguro otorgado bajo la presente Póliza, deberá ponerse a la disposición de LA COMPAÑIA para fines de inspección en el momento que ésta lo solicitare.

La ocultación de dichos documentos o la renuencia a presentarlos, será motivo suficiente para que LA COMPAÑIA pueda declinar cualquier reclamo basado en esta Póliza.

CLÁUSULA VIII. RESTRICCIONES

La cobertura básica de la póliza no estará sujeta a restricción alguna por cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida de los ASEGURADOS, posteriores a la contratación de la póliza.

CLÁUSULA IX. SUICIDIO

La muerte por suicidio estará cubierta cualquiera que sea el estado físico o mental, una vez transcurrido el segundo (2) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia o de la última inclusión del certificado individual del ASEGURADO. Y si el suicidio ocurriese antes del tiempo ya referido, LA COMPAÑIA no realizará ninguna indemnización y se limitará únicamente a la devolución de las primas pagadas a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

Con relación a cada nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el plazo que se indica en el párrafo anterior se empezará a contar a partir de la fecha en que quedaren asegurados.

CLÁUSULA X. DISPUTABILIDAD

Esta Póliza es disputable durante los dos (2) primeros años de la vigencia de esta póliza, por omisión, ocultación o inexacta declaración de los hechos esenciales que proporcionare el CONTRATANTE o el ASEGURADO, aún hecha de buena fé, para la correcta apreciación del riesgo; y en caso de declaración errónea de edad se harán los ajustes necesarios, según lo estipulado en la Cláusula XIII de estas Condiciones Generales.

Con relación a cada nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el plazo que se indica en el párrafo anterior se empezará a contar a partir de la fecha en que quedaren asegurados.

CLÁUSULA XI. COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Son asegurables bajo este Contrato, los DEUDORES del CONTRATANTE, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad para formar parte del grupo de asegurados.

CLÁUSULA XII. EDADES DE ADMISIÓN Y FINALIZACIÓN

Las edades de admisión fijadas por la COMPAÑIA para este seguro son:

Coberturas	Edades de admisión (ambas edades incluidas)	Edad de finalización
Básica – Muerte por Cualquier Causa	18 a 70 años	75 años
Incapacidad total o permanente	18 a 60 años	65 años
Sepelio	18 a 70 años	75 años

La edad de cada solicitante deberá comprobarse fehacientemente mediante la copia de la Cédula de Identidad, Cédula de Residencia o Pasaporte según el caso para los extranjeros residentes en la República de Nicaragua, al momento de la suscripción o durante la vigencia de la póliza. Una vez que dicha comprobación hubiere sido efectuada, LA COMPAÑIA procederá a hacer la anotación correspondiente en sus registros.

En caso de que la edad real de un solicitante en la fecha de su ingreso al Grupo no estuviere comprendida entre los límites de edades de admisión, el seguro correspondiente a dicho ASEGURADO será nulo, limitándose la obligación de LA COMPAÑIA a devolver la prima pagada a la fecha en que sea notificada o compruebe la edad menos gastos de administración, correspondientes a ese ASEGURADO.

CLÁUSULA XIII. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante:

1. Completar y remitir a LA COMPAÑIA, la Solicitud del Seguro.
2. Obtener y remitir a la Compañía la Solicitud y Declaración de Salud de los integrantes del grupo, la cual deberá de estar debidamente firmada por el asegurado.
3. Pagar a la Compañía las cuotas mensuales de las primas de todos sus ASEGURADOS.
4. Entregar Certificado Individual a cada deudor del Grupo Asegurado.
5. Dar a conocer a los deudores la necesidad de llenar correctamente la Solicitud y Declaración de Salud.
6. Informar a los asegurados todos los hechos que le comunique la Compañía y que deban ser de su conocimiento.
7. Remitir a la Compañía en los primeros cinco (5) días de cada mes, reporte en excel, con la siguiente información:
 - a. Nombre y apellidos de cada asegurado.
 - b. Número de cédula de identidad o fecha de nacimiento.
 - c. Número del crédito
 - d. Monto desembolsado del crédito.
 - e. Saldo del principal adeudado con corte al último día del mes anterior.

- f. Vigencia del crédito (Inicio y finalización, Día, Mes, Año)
- g. Inclusiones que se den en el transcurso del mes anterior.

CLÁUSULA XIII. INGRESOS DE DEUDORES ASEGURADOS

El CONTRATANTE se obliga a que el DEUDOR llene la Solicitud y declaración de salud, que presente las pruebas de asegurabilidad que se le soliciten y enviarlas a LA COMPAÑÍA. Si ésta no las rechaza dentro de los treinta (30) días siguientes de haberlas recibido, el DEUDOR queda asegurado.

Los DEUDORES que posteriormente a la celebración de este Contrato reúnan las condiciones de admisión, quedarán asegurados a partir del día en que se cumplan las condiciones dadas anteriormente, por la suma que corresponda y bajo las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Para tales efectos, EL CONTRATANTE se obliga a incluir las altas y remitir las Solicitudes y declaración de Salud respectivos con el reporte mensual.

CLÁUSULA XIV. TERMINACION DEL SEGURO

La cobertura del seguro terminará automáticamente, por cualesquiera de las siguientes causas:

- a) Por fallecimiento y/o incapacidad del asegurado.
- b) Por pago del crédito.
- c) Por refinanciamiento del crédito.
- d) Por traspaso de deuda.
- e) Cuando el ASEGURADO termine su relación contractual con EL CONTRATANTE.
- f) A la edad de finalización del seguro (75 años), aun cuando el plazo del crédito sobrepase la edad de finalización.

CLÁUSULA XV. MÍNIMO DE PERSONAS ASEGURADAS

Si durante la vigencia del presente Contrato el número de ASEGURADOS de la Colectividad fuere menor de cinco (5) personas, dicho Contrato quedará rescindido de pleno derecho una vez que LA COMPAÑÍA envíe notificación mediante aviso escrito presentado en físico o por vía electrónica a la otra parte, con quince (15) días de anticipación.

CLÁUSULA XVI. PAGO DE LAS PRIMAS

El CONTRATANTE es el obligado directo frente a LA COMPAÑÍA, a pagar el importe de las primas correspondientes de todos los ASEGURADOS cuyos Certificados Individuales se encuentren vigentes, y será el único responsable de las consecuencias por falta de pago.

La COMPAÑÍA podrá cambiar la tarifa con previo aviso de al menos treinta (30) días a la fecha en que tal cambio va a ser efectivo, aplicando la tarifa a los integrantes de la póliza.

CLÁUSULA XVII. FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

La forma de pago de las primas es mensual. Todo pago de primas deberá hacerse directamente a LA COMPAÑÍA, comprobándose por medio de recibo oficial de LA COMPAÑÍA. La simple emisión de la Póliza o de cualquier adendo de liquidación a la misma no se considera como prueba de pago de la prima.

CLÁUSULA XVIII. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

Los efectos del presente Contrato de Seguro cesarán automáticamente quince (15) días después de la fecha de vencimiento de la prima. Si dentro del plazo mencionado ocurriere un siniestro, LA COMPAÑÍA después de haber percibido la prima total del grupo adeudado a la fecha del siniestro, pagará el importe del seguro convenido.

CLÁUSULA XIX. EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

El incumplimiento del pago de la prima en la fecha convenida ocasiona la mora del asegurado; en consecuencia, dicho estado será causal de cancelación del contrato, sin perjuicio de que las partes puedan convenir una nueva relación contractual.

La aseguradora estará obligada a indemnizar al asegurado por los siniestros que ocurran, cuando la prima pagada a la fecha sea igual o superior a la prima devengada al momento de ocurrir el siniestro. En caso contrario, es decir, que las primas en mora correspondan a un período ya devengado, la aseguradora no estará obligada a indemnizar al asegurado en caso de que se produzca el siniestro.

CLÁUSULA XX. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de fallecimiento y/o Incapacidad, bajo los términos y condiciones de la presente Póliza, el CONTRATANTE en su carácter de beneficiario principal, será quien deberá presentar la reclamación y adjuntar a la misma las pruebas fehacientes correspondientes, dando aviso a LA COMPAÑÍA inmediatamente que tenga conocimiento del mismo, en un plazo no mayor a cinco (5) días calendarios.

A continuación, indicamos documentos que deberá presentar el Contratante para iniciar el trámite de la reclamación:

a. Muerte por cualquier causa y Sepelio:

1. Completar el formato de declaración suministrado por LA COMPAÑÍA.

2. Completar el Perfil Integral del Beneficiario adicional.
3. Copia de la Cédula de Identidad del ASEGURADO, Cédula de Residencia, o Pasaporte, o en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del ASEGURADO.
4. Copia de la Constancia de Defunción emitida por el MINSA (SINEVI).
5. Copia del Certificado de Defunción emitido por el Registro del Estado Civil de las Personas (ALCALDIA).
6. Original del Certificado de Defunción con autentica de ley o apostilla, cuando la muerte del ASEGURADO suceda en el extranjero.
7. Certificado o Constancia Policial, en caso de que EL ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente o un delito.
8. Estado de cuenta que indique el monto desembolsado o el saldo principal a la fecha de su fallecimiento.
9. Dictamen Médico Legal, en caso de que EL ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente o un delito.
10. Copia de la Cédula de los Beneficiarios adicionales o Cédula de Residencia, en caso de menores de edad se deberá presentar partida de nacimiento acompañada con copia de la cédula del albacea, tutor legal o padre en custodia del menor.
11. En caso de que no existan beneficiarios adicionales declarados por EL ASEGURADO, el heredero deberá presentar copia de su cédula acompañada del testamento o sentencia de declaración judicial de declaratoria de herederos debidamente inscritos.

b. Beneficio adicional en caso de incapacidad total y permanente (BIAC)

Para tener derecho a la indemnización prevista en esta cobertura, “EL CONTRATANTE” o El Beneficiario, en su caso, deben presentar las pruebas de incapacidad que “LA COMPAÑÍA” requiera, las cuales indicamos a continuación:

1. Completar el formato de declaración suministrado por “LA COMPAÑÍA”.
2. Resumen clínico, epicrisis médica, exámenes y dictamen de Incapacidad Total y Permanente, emitido por un médico especialista que indiquen el grado de incapacidad del asegurado. En los casos que el asegurado este afiliado al INSS y haya realizado la gestión por incapacidad ante dicha instancia, podrá presentar copia del Certificado de la resolución del INSS.
3. Copia de la Cédula de Identidad, Cédula de Residencia, o en su defecto, partida de nacimiento original del “ASEGURADO”.

4. Copia de la Cédula de Identidad del Representante Legal del **"ASEGURADO"** y el poder especial de representación, cuando el **"ASEGURADO"** no estuviere en capacidad de reclamar por sí mismo.
5. Certificado y/o Constancia Policial, en caso de que el **"ASEGURADO"** quede incapacitado a consecuencia de un accidente o un delito.
6. Dictamen Médico Legal, en caso de que el **"ASEGURADO"** quede incapacitado a consecuencia de un accidente o un delito.
7. Estado de cuenta que indique el monto desembolsado o el saldo principal a la fecha de su Incapacidad.

LA COMPAÑÍA solicitará documentación adicional cuando la presentada por el **ASEGURADO** tenga inconsistencia o contradicciones para su aclaración.

"LA COMPAÑÍA" queda facultada para que un médico de su confianza examine el estado de incapacidad del **"ASEGURADO"**, cuantas veces lo considere necesario, el **"ASEGURADO"** se obliga a someterse a los exámenes requeridos por **"LA COMPAÑÍA"** para este objeto, entendiéndose que la negativa del **"ASEGURADO"**, de sus familiares o beneficiarios, autoriza a **"LA COMPAÑÍA"** para declinar el reclamo por dicha negativa, circunstancia que **"LA COMPAÑÍA"** notificará por escrito al **"ASEGURADO"**.

LA COMPAÑÍA solicitará documentación adicional cuando la presentada por **EL CONTRATANTE** tenga inconsistencia o contradicciones para su aclaración.

Queda entendido que el incumplimiento de estos requisitos libera a **"LA COMPAÑÍA"** de toda responsabilidad con respecto al reclamo.

LA COMPAÑÍA, una vez reciba toda la documentación necesaria para el debido proceso de análisis y aceptación del reclamo, comunicará el rechazo o la aceptación del caso e indemnizará el valor correspondiente al **CONTRATANTE** y a los Beneficiarios designados o en su defecto a los herederos legales del **ASEGURADO** si los hubiere, en un periodo no mayor a 30 días calendarios luego de aceptado el reclamo.

CLÁUSULA XXI. PRESCRIPCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Cumplido el plazo de tres (3) años después de la fecha de ocurrido el acontecimiento, o de la última gestión hecha por el reclamante de manera escrita, **LA COMPAÑÍA** quedará libre de la obligación de pagar las indemnizaciones correspondientes a la misma, excepto que esté vigente una demanda judicial, proceso administrativo o arbitral.

CLÁUSULA XXII. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Las partes convienen en que la vigencia de esta Póliza indicada en las Condiciones Particulares podrá darse por terminada anticipadamente, mediante aviso escrito presentado en físico o por vía electrónica a la otra parte, con quince (15) días de anticipación, en los siguientes casos:

- 1) Cuando **“EL CONTRATANTE”** haya faltado al pago de la prima.
- 2) Por exceso de siniestralidad haciendo la notificación en la forma indicada antes de la renovación de la póliza
- 3) Por incumplimiento de las cláusulas del contrato, condiciones generales, condiciones particulares y cualquier otro documento que forme parte del contrato de seguro.
- 4) Grupo asegurado menor a 5 personas.

CLÁUSULA XXIII. CAMBIOS Y/O MODIFICACIONES

Las estipulaciones consignadas en esta póliza pueden ser modificadas previo acuerdo entre LA COMPAÑÍA y el CONTRATANTE.

Todo cambio o modificación a las condiciones de la presente Póliza debe ser notificado, por **“EL CONTRATANTE”** a **“LA COMPAÑÍA”** o por **“LA COMPAÑÍA”** a **“EL CONTRATANTE”**, por escrito con quince (15) días calendarios de anticipación, y para que dicho cambio y/o modificación sea válida, al momento de ocurrir un evento que dé lugar a reclamación, debe constar en una Adenda o Endoso Especial a la presente Póliza, emitida por **“LA COMPAÑÍA”** y firmada por sus funcionarios autorizados.

CLÁUSULA XXIV. MONEDA

Todos los pagos relacionados con la presente Póliza por parte del CONTRATANTE o de la COMPAÑÍA, se efectuarán en la moneda en que se contrate esta Póliza, estipulada en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XXV. COMUNICACIONES

Cualquier declaración o comunicación relacionada con la presente Póliza será enviada por LA COMPAÑÍA por conducto del CONTRATANTE. En consecuencia, toda comunicación o notificación que LA COMPAÑÍA tenga que hacer a los ASEGURADOS se considerará válida y eficazmente cumplida cuando sea transmitida al CONTRATANTE.

La COMPAÑÍA enviará cualquier comunicación al CONTRATANTE a su domicilio registrado en esta Póliza.

Las comunicaciones que el CONTRATANTE deba hacer a la COMPAÑÍA se dirigirán, por escrito, directamente a las oficinas de ésta, en la Ciudad de Managua.

CLÁUSULA XXVI. ARBITRAJE

Ante cualquier controversia o desavenencia que surgiera del presente contrato, las partes involucradas de forma voluntaria, en base al Arto. 186 de la Ley No. 733, Ley General de Seguros, Reaseguros y Fianzas, podrán acordar dirimir la controversia o desavenencia, sometiéndose a un proceso arbitral en el Centro de Mediación y Arbitraje "Antonio Leiva Pérez" de la Cámara de Comercio de Nicaragua o en su defecto ante cualquier entidad acreditada por la Dirección de Resolución Alternativa de Conflictos, adscrita a la Corte Suprema de Justicia, conforme al procedimiento establecido en la Ley No 540, "Ley de Mediación y Arbitraje", publicada en la Gaceta, Diario Oficial No. 122 del 24 de Junio del 2005.

Así mismo, se establece que, en caso de someter el conflicto al proceso arbitral, éste se desarrollará en idioma español y en la ciudad de Managua. El tribunal se constituirá de común acuerdo entre las partes por uno o tres árbitros de equidad y calificados en materia de seguro. El pago de los honorarios será efectuado de conformidad con el arto. 65 capítulo Noveno de la Ley 540 de Mediación y Arbitraje.

CLÁUSULA XXVII. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

Para todos los efectos relacionados con la presente Póliza, los contratantes se sujetan a la jurisdicción y competencia de los tribunales de la República de Nicaragua.

CLÁUSULA XXVIII. NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no estuviere previsto en esta Póliza, se aplicarán las disposiciones del código de comercio y demás leyes aplicables de la República de Nicaragua.


FIRMA AUTORIZADA
SEGUROS AMÉRICA, S.A.





**SEGUROS
AMERICA**

Asegurando tu futuro

Centro Pellas
Km. 4 1/2 C. Masaya,
Managua Nicaragua

PBX: (505) 2274-4200
Fax: (505) 2274-4202
Apdo Postal: 6114

**POLIZA DE SEGURO DE VIDA DEUDORES
CLAUSULA DE EXCLUSIÓN POR SANCIONES**

RAMO :VIDA DEUDORES	POLIZA No. : VD-0000143-0
ASEGURADO : BANCO FICOHSA NICARAGUA,S.A.	

Para todos los fines de la presente póliza de seguros, se hace constar y queda anotado de conformidad que, efectivo a partir de la vigencia antes indicada y, en adición a todas las condiciones mencionadas en las condiciones generales, particulares y cualquier otro documento que forme parte integrante de la Póliza, también se aplicará en esta Póliza la siguiente condición:

Seguros América, S.A. no otorgará cobertura ni estará obligada a pagar ninguna indemnización o beneficio amparado en ésta póliza, en la medida en que dicho pago exponga a Seguros América, S. A. o a sus Reaseguradores a cualquier sanción, prohibición o restricción bajo las resoluciones de las Naciones Unidas o sanciones económicas o comerciales, reglamentos o leyes de la Unión Europea o el Reino Unido o de Estados Unidos de Norteamérica o reglamentaciones aplicables en el domicilio de la jurisdicción del reasegurador o las que el reasegurador este obligado legamente a cumplir; así mismo Seguros América tampoco estará obligada a pagar indemnización alguna o beneficio amparado en ésta póliza cuando el contratante, asegurado o beneficiario de ésta póliza sean incluidos en listas tales como, pero no limitadas a las administradas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los EE.UU.

En TESTIMONIO de lo anterior, se emite y firma el presente Adendo, en Managua, Nicaragua, a los 7 días del mes de noviembre del 2022.


**FIRMA AUTORIZADA
SEGUROS AMERICA**

Resolución: SIB-OIF-XXVIII-522-2020

Fecha: 27de Octubre del 2020