

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL ANUAL RENOVABLE

POLIZA COLECTIVA	FECHA DE VIGENCIA	FORMA DE PAGO	FECHA DE ANIVERSARIO VENCIMIENTO
No 1-1944	01/08/2018-01/08/2019	MENSUAL	01/08/2019

PATRONO O EMPRESA CONTRATANTE
COLEGIO DE INGENIEROS MECANICOS, ELECTRICISTAS Y QUIMICOS DE HONDURAS CIMEQH
DOMICILIO: TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZAN

Fecha de Emisión
07/08/2017

MAPFRE SEGUROS HONDURAS S.A., del domicilio de Tegucigalpa, M.D.C., quien en lo sucesivo se denominará "La Compañía", de conformidad con las Condiciones Generales y Especiales de la presente Póliza, convienen asegurar la vida de cada una de las personas naturales que forman el Grupo Asegurable:

COLEGIO DE INGENIEROS MECANICOS, ELECTRICISTAS Y QUIMICOS DE HONDURAS CIMEQH
TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZAN

Que en lo sucesivo se denominara "El Contratante"

De conformidad con lo establecido en la cláusula Décima Séptima, La Suma Asegurada, respecto a cada miembro del grupo Asegurado, se determinara de acuerdo con las siguientes.

Categoría	Calculo S/aseg.	Suma Asegurada	S/aseg. min	S/aseg. Max
OPCION I	INFORMADA	INFORMADA	L. 125,000.00	L. 1,500,000.00

Riesgos Cubiertos

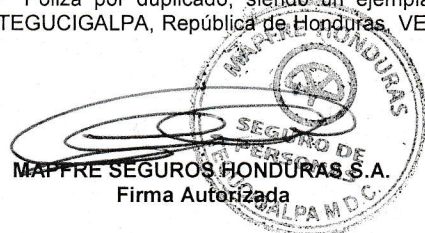
1. Muerte.
2. Doble Indemnización (Muerte Accidental) y Desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental. Triple Indemnización (Accidente Calificado) Desmembramiento Accidental
3. Pago Anticipado del Capital Asegurado por Incapacidad Total y Permanente.
4. Exoneración de pago de Primas por incapacidad total y permanente.
5. Anticipo Parcial de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal
6. Gastos Fúnebres
7. Suicidio
8. Gastos de Repatriación

La Compañía, después de recibir las pruebas fehacientes sobre la muerte de cualquiera de los Asegurados, ocurrida mientras el extinto formaba parte del Grupo Asegurado y durante la vigencia de esta póliza, pagara la respectiva Suma Asegurada a los BENEFICIARIOS designados por el asegurado, y a falta de estos a las personas que sean declaradas judicialmente como sus herederos.

GRUPO ASEGURADO: Es el que constituyen todas las personas a cuyo favor se ha emitido un Certificado Individual de Seguro y a quienes individualmente se les llamara "ASEGURADOS"

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, la Compañía emite la presente Póliza por duplicado, siendo un ejemplar para el Contratante y otro para el Archivo de la Compañía, en la Ciudad de TEGUCIGALPA, República de Honduras, VER FECHA EN EL ENCABEZADO.

POR EL CONTRATANTE
Firma Autorizada



CONDICIONES ESPECIALES**COLEGIO DE INGENIEROS MECANICOS, ELECTRICISTAS Y QUIMICOS DE HONDURAS
CIMEQH GM 1-1944****VIGENCIA:****DESDE: 01 DE AGOSTO 2018 AL MEDIO DIA****HASTA: 01 DE AGOSTO 2019 AL MEDIO DIA****SECTOR: TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZAN**

Queda entendido y convenido que los beneficios abajo descritos, forman parte de las **CONDICIONES ESPECIALES** de la póliza en referencia:

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Para todos los efectos, se aclara que estas Condiciones Especiales tienen prevalencia sobre las Condiciones Generales sin embargo, cuando algo no esté especificado como Condición Especial, se aplicarán las Condiciones Generales.

I.SEGURO DE VIDA**1. RIESGOS CUBIERTOS**

- 1.1 Muerte
- 1.2 Doble y Triple Indemnización por Muerte Accidental y Desmembramiento
- 1.3 Pago Anticipado de Capital Asegurado
- 1.4 Exoneración del pago de primas por incapacidad total y permanente.
- 1.5 Anticipo parcial de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal
- 1.6 Gastos Fúnebres
- 1.7 Suicidio
- 1.8 Gastos de Repatriación

COBERTURAS

1.1 **Muerte:** En caso de muerte natural, una Indemnización equivalente a la suma contratada por el asegurado en base a la suma mínima de L. 125,000.00 y un Máximo de L.1,500,000.00

1.2.1 **Doble Indemnización (Muerte Accidental) y Desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental)**

En caso de Desmembramiento ó pérdida de la vista por causa accidental se garantiza el pago de doble indemnización de la suma asegurada de acuerdo con el grado de desmembramiento o afectación de la vista, aplicando el porcentaje indicado en la Tabla de Incapacidades que aparecen en la Póliza ó hasta el doble de dicha indemnización si fuere a causa de Accidente "Calificado". (Ampliación según tabla del código de trabajo Art. 454)

El beneficio de Doble Indemnización se extiende a cubrir al asegurado hasta la edad de 70 años.



1.2.2 Triple Indemnización (Accidente Calificado)

En caso de Muerte por Accidente "CALIFICADO", se garantiza el triple de la Indemnización para el caso de Muerte Natural.

Muerte Accidental: Al fallecimiento Accidental del Asegurado legalmente comprobado, MAPFRE Honduras pagara adicionalmente a los Beneficiarios la Suma Asegurada especificada en la Solicitud Certificado.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Se entenderá por accidente, aquel que produzca al asegurado una lesión corporal, debida a la acción directa ó violenta por causas externas, imprevistas y ajenas a la voluntad del asegurado ó la de un tercero, y de cuya lesión exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo, excepto, en el caso de ahogamiento o de lesión interna revelada por autopsia, que no se requerirá tal evidencia.

La Muerte Accidental, está cubierta toda vez que se produzca dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente en que se ocasionaron las lesiones y que este haya tenido lugar durante la vigencia de este beneficio.

Para los efectos de este beneficio, se entiende por accidente calificado aquel que sufra el asegurado:

- ❖ Mientras se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello.
- ❖ Mientras vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor de uso público (con excepción de ascensores en minas).
- ❖ Como consecuencia del incendio de un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual se encuentre al principio del incendio y siempre que no sea el lugar de su trabajo.

PRUEBAS DE REALIZACIÓN DEL SINIESTRO

El derecho establecido en esta cobertura se concederá únicamente si se presentan a LA ASEGURADORA pruebas legalmente aceptadas de que la lesión o lesiones que causen la muerte o pérdidas orgánicas en la persona del Asegurado, se debieron a un accidente ocurrido durante el período de vigencia de esta cobertura.

CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

➤ Esta Cobertura en lo que respecta a cada asegurado, se cancelará automáticamente a partir de la fecha en que cumpla ochenta y cinco (85) años de edad, al realizarse cualquier indemnización u otorgarse cualquier beneficio derivado de esta cobertura o de la de Invalidez.

➤ El Contratante podrá dejar sin efecto esta cobertura solicitándolo por escrito a LA ASEGURADORA. En este caso se suspenderá el costo de protección.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

INDEMNIZACION POR LA PERDIDA DE	PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA
Muerte	100%
Ambas manos o ambos pies, por amputación en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
Perdida completa e irrecuperable de la vista de ambos ojos	100%
Perdida de una mano, y un pie por amputación en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
La pérdida completa e irrecuperable de un ojo y una mano ó un pie por amputación en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
La pérdida completa e irrecuperable de un ojo	50%
Perdida de una mano o de un pie por amputación en o arriba de la muñeca o tobillo	50%
Perdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano por amputación en o arriba de las articulaciones metacar- profalangeanas	25%

- Ampliando la tabla de indemnización de acuerdo a lo establecido en el artículo No. 454 del Código de Trabajo. Siempre que sea en caso de algún accidente laboral

Se excluye de la doble indemnización (pagando únicamente la cobertura básica por muerte) los:

- Fallecimientos causados por daños por armas de fuego, arma blanca o corto punzante, independientemente de las causas o circunstancias.
- Los accidentes causados por ahogamiento por inmersión y obstrucción siempre que el accidente ocurra mientras el asegurado se encuentre en su lugar de su trabajo.
- Exclusión por accidentes en estado de ebriedad: Lesiones a consecuencia de accidentes, sufridos por un asegurado por encontrarse en estado de ebriedad o bajo efectos de droga, o cuando viaje como pasajero en un medio de transporte privado, donde el conductor del mismo se encuentre en estado de embriaguez, siempre y cuando se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, médicas o legales, que los niveles de alcohol o droga en la sangre fueran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual.



1.3 Pago Anticipado del Capital Asegurado Por Incapacidad Total y Permanente

Se entiende por incapacidad Total, la pérdida absoluta de aptitudes y facultades que imposibiliten al asegurado para ejercer su propio o cualquier otro trabajo u ocupación o para desarrollar cualquier otra actividad de la que pudiera derivar utilidad o ganancia, siempre que tal incapacidad sea a consecuencia de un accidente o enfermedad y siempre que dicha incapacidad haya sido permanente durante el período de seis meses, en este caso MAPFRE procederá a pagar la suma asegurada básica en 24 cuotas mensuales. Siempre que la incapacidad haya iniciado estando vigente la póliza y permanecido por seis meses consecutivos desde la fecha en que haya sido declarada la incapacidad por el IHSS y que sea igual o superior al 90%, refrendada por el médico de la compañía. Para que aplique este beneficio la edad del asegurado deberá ser hasta el cumplimiento de los 60 años de edad.

El pago de la Renta Mensual se suspenderá automáticamente si el Asegurado se restableciere de su capacidad de trabajo a juicio y dictamen médico de La Compañía.

Para dar continuidad a la Incapacidad Total y Permanente, La Compañía se reserva el derecho en cualquier tiempo, durante los dos primeros años de haber aceptado la Incapacidad y de allí en adelante, pero no más de una vez por año, de exigir pruebas satisfactorias de la continuidad de dicha Incapacidad. El Asegurado se obliga a someterse a cuantos exámenes médicos sean requeridos por cuenta de la Compañía para tal objeto.

El beneficio terminará automáticamente en los casos siguientes:

- Si el Asegurado recupera su capacidad para el ejercicio de su profesión u ocupación habitual, la explotación de su negocio o cualquiera otra actividad de la cual pueda derivar ingresos o utilidades.
- Por negarse a someterse a los exámenes médicos requeridos para probar la continuidad de la Incapacidad.
- Por vencimiento, caducidad o cancelación de la Póliza de la cual forma parte este Anexo.
- Guerra Civil o Guerra Internacional o cualquier otro acto relacionado con ella, haya habido o no-declaración de guerra.
- Huelgas, paros o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares en que participe el Asegurado.

- Accidentes que le sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre bajo la influencia de drogas estupefacientes o de bebidas alcohólicas.
- Riñas provocadas por el Asegurado y/o delitos cometidos por el mismo.
- Accidentes de navegación aérea, salvo que el Asegurado viaje como pasajero en aeronaves de línea comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, con su correspondiente boleto de pasaje incluido en un vuelo de itinerario regular.
- Lesiones corporales causadas al Asegurado por si mismo estando o no, en uso de sus facultades mentales, o por el beneficiario de la Póliza.
- Falsas declaraciones, omisión o reticencia del Asegurado que puedan influir para la correcta apreciación y/o comprobación de su estado de incapacidad.

1.4 Exoneración de Pago de Primas por incapacidad total y permanente

Según se definió en el párrafo anterior, se exonera del pago de primas durante el periodo de duración de dicha incapacidad para los efectos de la póliza.

1.5 Anticipo parcial de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

Pago anticipado parcial de la suma asegurada básica en caso de enfermedad termina hasta un 25% de la suma asegurada hasta un máximo de L. 200,000.00 bajo las siguientes condiciones:

- La póliza se encuentre vigente al momento de declararse la enfermedad como Terminal.
- No exista ninguna duda con el periodo de indisputabilidad (La indemnización por muerte a causa de enfermedades graves tendrá cobertura, si la enfermedad aparece después que la persona ha tomado el seguro, y no será amparada si la persona no declaro la enfermedad o declaro falsa información) (Nuevos Ingresos).
- El asegurado se encuentre en estado de enfermedad Terminal y sus expectativas de vida según dictamen médico no sean superiores a doce meses.

EXCLUSIONES

- Si la enfermedad se presenta antes o durante los primeros doce (12) meses a la fecha de inclusión o amparo de la cobertura (Nuevos Ingresos).
- Si la enfermedad Terminal resulta a consecuencia de uso de drogas, alcoholismo o consumo de bebidas embriagantes, uso de estupefacientes y psicotrópicos.



- A consecuencia de lesiones corporales que se cause a sí mismo o tentativa de suicidio.

1.6 **Gastos Fúnebres**

La Compañía indemnizará después de ocurrida la muerte de algún miembro del Grupo Asegurado, la cantidad de Lps.25,000.00 en concepto de GASTOS DE FUNERAL, siempre y cuando se presente la documentación que ampare la muerte del asegurado.

1.7 **Suicidio**

Amparado desde el primer día de vigencia en la póliza para cada asegurado.

1.8 **Gastos de Repatriación:**

Se cubrirá hasta un máximo de \$ 5,000.00 previa presentación de documentos que soporte el gasto.

Este beneficio ampara a los asegurados cuyo viaje haya iniciado dentro de la vigencia de la póliza y siempre que la póliza este en vigor.

- #### 1.9 **Gastos Fúnebres Para Dependientes:**
- La Compañía indemnizará después de ocurrida la muerte de algún dependiente del Grupo Asegurado, la cantidad de Lps.25,000.00 en concepto de GASTOS DE FUNERAL, siempre y cuando se presente la documentación que ampare la muerte del asegurado.



2. ASPECTOS GENERALES

2.1 **Asegurados:** Son los empleados activos y permanentes, apareciendo en las nóminas del Contratante, que han sido reportados y registrados en la Compañía de Seguros.

Nuevos ingresos deberán presentar la solicitud de inscripción del seguro donde deberá declarar toda condición de salud en su consentimiento y presentarla a la compañía para ser analizada a fin de determinar su aceptación, limitación o rechazo.

Al retiro de un asegurado, puede convertir su seguro colectivo en un plan individual siempre que lo solicite en los 30 días calendario seguidos a su retiro.

Podrán Incluirse asegurados en cualquier tiempo, mediante solicitud escrita del contratante, las primas se cobraran a prorrata según fecha de ingreso del asegurado y la vigencia de la póliza. En caso de error u omisión comprobada se otorga un plazo máximo de 60 días para reportar los movimientos, caso contrario la vigencia del asegurado iniciara en la fecha en que se reporte a la compañía.

El seguro de vida cesara automáticamente e inmediatamente si la relación de trabajo con el contratante finaliza, ya sea, por muerte, despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia y jubilación.

Se otorga continuidad de cobertura para los asegurados que estén vigentes y que inicien con el enrolamiento inicial de la póliza.

2.2 **Derecho a Seguro**, cada colegiado tendrá derecho a su seguro después del número de días que aparece en el Cuadro de Seguro, de haber iniciado su trabajo como empleado activo y permanente del Contratante.

Se otorga un Seguro obligatorio de Gastos Médicos por accidentes para todos los colegiados que no tienen seguro Médico Hospitalario (Ver Adjunto)

2.3 **Los Colegiados** incapacitados en la fecha efectiva de la póliza este padeciendo de alguna enfermedad grave o estén incapacitados, serán elegibles una vez se recuperen de su condición de salud y se reincorporen a su trabajo activo (Nuevos ingresos).

2.4 **Límites de Edad**: Son elegibles para ingresar y formar parte del grupo asegurado, los empleados cuyas edades estén dentro del rango de edades que aparece en el Cuadro de Seguro

2.5 **Condiciones Pre existentes**: La aceptación en el Seguro de empleados con los siguientes padecimientos preexistentes, queda sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad sin costo alguno y a satisfacción de la Compañía de Seguros:

- a) Hipertensión Arterial
- b) Enfermedades del corazón

2.6 **Suma Asegurada**: En el Cuadro de Seguro se establece la Suma asegurada máxima y mínima a aplicar. Para cada colegiado la suma asegurada será la que aparece en la Relación de Asegurados, la cual ha sido determinada por el Contratante y consignada en la Solicitud del Seguro

Los incrementos de suma asegurada bajo la presente póliza, tendrán un periodo de espera de un (1) año para aquellos asegurados que estén padeciendo de una enfermedad grave al momento de solicitar el incremento, por lo tanto al ocurrir un siniestro en el que se evidencie dicha condición, se pagara en base a la suma asegurada anterior, teniendo la compañía como única obligación la devolución de primas cobradas por la diferencia entre la suma asegurada anterior y la suma asegurada actual.

Los aumentos de suma asegurada mayores a L. 500,000.00 deberán ser analizados en base a exámenes médicos que se solicitaran al agremiado, estos deberán ser pagados en su totalidad por el asegurado.

2.7 **Al cumplimiento** de los 70 (setenta) años de edad del Asegurado, la suma asegurada que aparece en el registro de asegurados se reducirá automáticamente al porcentaje que aparece en el cuadro de Seguro, por consiguiente, al acaecer el riesgo antes del cumplimiento de los 85 (ochenta y cinco) años de edad, la obligación de la Compañía de Seguros se limitará a dicho porcentaje.



2.8 Exclusión por accidentes en estado de ebriedad: Lesiones a consecuencia de accidentes, sufridos por un asegurado por encontrarse en estado de ebriedad o bajo efectos de droga, o cuando viaje como pasajero en un medio de transporte privado, comercial o no, que no se publicó, donde el conductor del mismo se encuentre en estado de embriaguez, siempre y cuando se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, médicas o legales, que los niveles de alcohol o droga en la sangre fueran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual.

2.9 Con relación al pago de las primas, se entenderá que Seguro Contributivo es cuando el empleado contribuye al pago de la prima; y Seguro no Contributivo cuando el seguro es proporcionado sin costo para el empleado.

La compañía se reserva el derecho de proceder a realizar revisión de tarifas en el Seguro de Vida y Médico de forma anual, en virtud de la aplicación de las nuevas medidas arancelaria y/o fiscal que decrete el gobierno y de esta forma garantizar las condiciones y beneficios de la póliza

El incumplimiento en el pago de primas de seguros o morosidad inhabilita al asegurado al poder obtener los beneficios de la póliza de Vida y médico, autoriza automáticamente a la compañía de seguros a rechazar cualquier pago de reclamos, de pre-certificaciones y autorizaciones médicas, servicios en la Red de Proveedores presentada en el periodo de morosidad.

Las Primas del Seguro ser de forma mensual, debiéndose pagar dentro del periodo establecido para tener derecho a la cobertura. Mismo que deberá efectuarse en los primeros 13 días del siguiente mes.

2.10 La Vigencia: El periodo de vigencia de la póliza corresponde a un año seleccionado por el Contratante y aceptado por la Compañía de Seguros. El inicio de la vigencia es efectivo a partir de las 12:00 horas meridiano del día.

- a) Cuando el Asegurado deje de hacer la contribución convenida para el pago de la prima.
- b) Cuando la obligación comercial o deuda con el contratante ha sido totalmente cancelada. Esta condición prevalece sobre cualquier otra del contrato de seguros.
- c) Cuando el Asegurado deje de hacer la contribución convenida para el pago de la prima.
- d) Cuando la obligación comercial o deuda con el contratante ha sido totalmente cancelada. Esta condición prevalece sobre cualquier otra del contrato de seguros.
- e) Cuando el Asegurado deje de hacer la contribución convenida para el pago de la prima.

exista a los beneficiarios designados por el asegurado que figuren en los registros de la Compañía de Seguros

2.14 Reclamaciones: En caso de Muerte Natural y/o Accidental, los beneficiarios deberán presentar en original los siguientes documentos probatorios:

a) Pruebas en caso de Muerte por Enfermedad:

1. Notificación escrita del Contratante reportando el siniestro.
2. Acta de Defunción del asegurado fallecido.
3. Partida de Nacimiento del asegurado fallecido
4. Copia de Tarjeta de Identidad del asegurado fallecido.
5. Partida de Nacimiento original del asegurado fallecido.
6. Copia de Tarjeta de Identidad de los beneficiarios mayores de 18 años de edad.
7. Partida de nacimiento original de los beneficiarios menores de 18 años de edad.
8. Acta de matrimonio, (de existir) si el cónyuge aparece designado como Beneficiario.
9. Declaración del Médico que asistió en su enfermedad o accidente al asegurado.
10. Constancia original firmada y sellada por el Director de la Institución donde fue atendido el asegurado hasta el momento de su fallecimiento, especificando la fecha de ingreso al hospital, el Diagnóstico y la fecha de la muerte.
11. Certificado del Seguro que fue extendido por la Compañía de Seguros.

b) **Pruebas en caso de Muerte accidental, por Homicidio o Suicidio. Además de los requisitos anteriores, deberán presentar los siguientes documentos originales:**

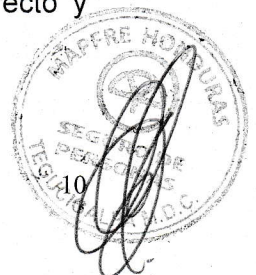
1. Certificación extendida por la Inspección General del Trabajo, en caso de que el accidente ocurra durante las horas laborales.
2. Certificación de la Autopsia realizada.
3. Certificación del levantamiento del cadáver.
4. Constancia de la Dirección General de Investigación Criminal (DGIC).
5. Informe extendido por la Dirección General de Tránsito, si el accidente fue vehicular.
6. Recortes de Periódicos (si los hay).

c) **Formulario que deberán completar y presentar el Beneficiario:**

1. Formulario de Conocimiento del cliente Sector Aseguradora - CNBS Resolución No. 1393/26-12-2006.
2. Formulario de Lavado de Activo para cada beneficiario si la indemnización a su favor es igual o mayor a US\$ 10,000.00

2.15. Antes de someter al procedimiento de Arbitraje la resolución de cualquier controversia o conflicto entre las partes deberá intentarse un arreglo directo y amistoso entre las partes contratantes

2.16. Tarifa Aplicable 7.00 % Anual.



- f) Cuando la obligación comercial o deuda con el contratante ha sido totalmente cancelada. Esta condición prevalece sobre cualquier otra del contrato de seguros.

Una vez cancelada la póliza por cualquier causa, el periodo máximo para presentación de reclamos elegibles es de 30 días contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza siempre y cuando:

- Los gastos hayan sido incurridos en la vigencia de la póliza previa a la cancelación de la misma
- No exceda de los 6 meses contados a partir de la fecha en que se incurrió en los gastos
- Las primas hayan sido pagadas en su totalidad

2.11 Derecho al Separarse del Grupo Asegurado: El derecho a que se refiere la Condición General Decimo Sexta, será efectivo si el empleado ha permanecido asegurado bajo esta póliza durante el número de (meses/años) establecido en el Cuadro de Seguro.

2.12 Actualización de Información: La Compañía de Seguros establece los siguientes períodos para recibir por parte del Contratante los reportes de movimientos del personal:

a) Nuevos Asegurados, dentro de los Sesenta (60) días contados desde la fecha de su elegibilidad del empleado, deberán presentar para el análisis de la Compañía de Seguros, la Solicitud de Ingreso al Seguro, completada y firmada por el empleado y el Contratante. Se tomará como fecha de vigencia del Seguro, la fecha en que el empleado haya adquirido el derecho a Seguro. Transcurridos los Sesenta (60) días, se tomará como fecha de ingreso al Seguro, la fecha en que la Solicitud haya sido recibida en la Compañía de Seguros.

b) Reingreso de Asegurados, dentro de los Sesenta (60) días de su reincorporación, mediante la presentación de la Solicitud de Ingreso al Seguro completada y firmada por el empleado y el Contratante, más las pruebas de asegurabilidad que se le requieran a su costa y satisfactorias para la Compañía de Seguros.

c) Egresos de Personal, Cambios de Categoría y aumentos de Suma Asegurada, dentro de los Sesenta (60) días inmediatos siguientes y la efectividad será a partir de la fecha en que la Compañía de Seguros al recibir la notificación por escrito del Contratante, la analice y la autorice.

Fuera de estos períodos la Compañía de Seguros no asumirá ningún riesgo.

2.13 Beneficiarios: En caso de Muerte Natural y/o Accidental, La Compañía de Seguros pagará al Contratante "COLEGIO DE INGENIEROS MECANICOS. ELECTRICISTAS Y QUMICOS DE HONDURAS Y RAMAS A FINES (CIMEQH)" en su condición de Cesionario Beneficiario principal, dentro de los límites de su interés como acreedor sobre el Préstamo que tuviere el asegurado; con la presentación de los documentos que respalden dicho préstamo y la diferencia que

- f) Cuando la obligación comercial o deuda con el contratante ha sido totalmente cancelada. Esta condición prevalece sobre cualquier otra del contrato de seguros.

Una vez cancelada la póliza por cualquier causa, el periodo máximo para presentación de reclamos elegibles es de 30 días contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza siempre y cuando:

- Los gastos hayan sido incurridos en la vigencia de la póliza previa a la cancelación de la misma
- No exceda de los 6 meses contados a partir de la fecha en que se incurrió en los gastos
- Las primas hayan sido pagadas en su totalidad

2.11 Derecho al Separarse del Grupo Asegurado: El derecho a que se refiere la Condición General Decimo Sexta, será efectivo si el empleado ha permanecido asegurado bajo esta póliza durante el número de (meses/años) establecido en el Cuadro de Seguro.

2.12 Actualización de Información: La Compañía de Seguros establece los siguientes períodos para recibir por parte del Contratante los reportes de movimientos del personal:

a) Nuevos Asegurados, dentro de los Sesenta (60) días contados desde la fecha de su elegibilidad del empleado, deberán presentar para el análisis de la Compañía de Seguros, la Solicitud de Ingreso al Seguro, completada y firmada por el empleado y el Contratante. Se tomará como fecha de vigencia del Seguro, la fecha en que el empleado haya adquirido el derecho a Seguro. Transcurridos los Sesenta (60) días, se tomará como fecha de ingreso al Seguro, la fecha en que la Solicitud haya sido recibida en la Compañía de Seguros.

b) Reingreso de Asegurados, dentro de los Sesenta (60) días de su reincorporación, mediante la presentación de la Solicitud de Ingreso al Seguro completada y firmada por el empleado y el Contratante, más las pruebas de asegurabilidad que se le requieran a su costa y satisfactorias para la Compañía de Seguros.

c) Egresos de Personal, Cambios de Categoría y aumentos de Suma Asegurada, dentro de los Sesenta (60) días inmediatos siguientes y la efectividad será a partir de la fecha en que la Compañía de Seguros al recibir la notificación por escrito del Contratante, la analice y la autorice.

Fuera de estos períodos la Compañía de Seguros no asumirá ningún riesgo.

2.13 Beneficiarios: En caso de Muerte Natural y/o Accidental, La Compañía de Seguros pagará al Contratante "COLEGIO DE INGENIEROS MECANICOS, ELECTRICISTAS Y QUMICOS DE HONDURAS Y RAMAS A FINES (CIMEQH)" en su condición de Cesionario Beneficiario principal, dentro de los límites de su interés como acreedor sobre el Préstamo que tuviere el asegurado; con la presentación de los documentos que respalden dicho préstamo y la diferencia que



exista a los beneficiarios designados por el asegurado que figuren en los registros de la Compañía de Seguros

2.14 Reclamaciones: En caso de Muerte Natural y/o Accidental, los beneficiarios deberán presentar en original los siguientes documentos probatorios:

a) Pruebas en caso de Muerte por Enfermedad:

1. Notificación escrita del Contratante reportando el siniestro.
2. Acta de Defunción del asegurado fallecido.
3. Partida de Nacimiento del asegurado fallecido
4. Copia de Tarjeta de Identidad del asegurado fallecido.
5. Partida de Nacimiento original del asegurado fallecido.
6. Copia de Tarjeta de Identidad de los beneficiarios mayores de 18 años de edad.
7. Partida de nacimiento original de los beneficiarios menores de 18 años de edad.
8. Acta de matrimonio, (de existir) si el cónyuge aparece designado como Beneficiario.
9. Declaración del Médico que asistió en su enfermedad o accidente al asegurado.
10. Constancia original firmada y sellada por el Director de la Institución donde fue atendido el asegurado hasta el momento de su fallecimiento, especificando la fecha de ingreso al hospital, el Diagnóstico y la fecha de la muerte.
11. Certificado del Seguro que fue extendido por la Compañía de Seguros.

b) **Pruebas en caso de Muerte accidental, por Homicidio o Suicidio. Además de los requisitos anteriores, deberán presentar los siguientes documentos originales:**

- 1.- Certificación extendida por la Inspección General del Trabajo, en caso de que el accidente ocurra durante las horas laborales.
- 2.- Certificación de la Autopsia realizada.
- 3.- Certificación del levantamiento del cadáver.
- 4.- Constancia de la Dirección General de Investigación Criminal (DGIC).
- 5.- Informe extendido por la Dirección General de Tránsito, si el accidente fue vehicular.
- 6.- Recortes de Periódicos (si los hay).

c) **Formulario que deberán completar y presentar el Beneficiario:**

1. Formulario de Conocimiento del cliente Sector Aseguradora - CNBS Resolución No. 1393/26-12-2006.
2. Formulario de Lavado de Activo para cada beneficiario si la indemnización a su favor es igual o mayor a US\$ 10,000.00

2.15 Tarifa Aplicable 7.00 % Anual.

CUADRO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA - POLIZA 1-1944

Vigencia desde: 01-Agosto-2018 hasta 01.-Agosto-2019

COBERTURAS	LIMITES
Muerte Natural	Suma Asegurada
Suicidio	Suma Asegurada
Muerte Accidental	Suma Asegurada
Muerte Accidental calificada.	Suma Asegurada
Pago Anticipado de Capital Asegurado	Suma Asegurada
Anticipo parcial de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal	Suma Asegurada
Cuotas por Incapacidad Total y Permanente	24 mensualidades
Exoneración Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente.	Prima Muerte Natural
Gastos Fúnebres para el empleado asegurado	L. 25,000.00
Gastos Fúnebres para Familiares Dependientes inscritos	L. 25,000.00
Gastos de Repatriación	Máximo de \$5,000.00
Suma Asegurada:	
Reducción al 50% al cumplimiento de 70 años de edad	Si Aplica
Determinación de Suma Asegurada	Informada
Suma Asegurada Máxima.	L. 1,500,000.00
Suma Asegurada Mínima (al aplicar la reducc.70 años)	L. 62,500.00
Límite de Edad:	
Para ingresar	de 18 a 70 años de edad
Para la Terminación	
Muerte Natural	85 años de edad
Muerte Accidental	70 años de edad
Pago Anticipado de Capital Asegurado	70 años de edad
Exoneración Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente.	70 años de edad
Tarifa ANUAL por millar de Suma Asegurada:	7.00
Forma de Pago	Mensual
Derecho a la cobertura.	- No Contributivo
Plazo para presentar solicitudes de nuevos empleados (En caso de error u Omisión)	0 días (Inmediatamente)

INDISPUTABILIDAD.- Este Contrato se basa en las Solicitudes del Contratante y Asegurados y, por consiguiente, cualquier dato inexacto u ocultado, que conocido por la Compañía la hubiere retraído a emitir esta Póliza o algún Certificado, o llevado a modificar sus condiciones, producirá la nulidad del Contrato; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare al Contratante o Asegurados su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres meses en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante o Asegurados hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éstos harán a la Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.



Después de que esta Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor durante un año, su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del Contratante.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada Certificado, después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un período de un año contados desde la fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente registro de Asegurados, excepto lo dispuesto en la Cláusula Sexta referente a la Declaración de Edad y en las Condiciones que establecen Beneficios por Incapacidad Total y Permanente y por Muerte o Desmembramiento por causas Accidentales.

CLAUSULA ARBITRAL

Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionado directa o indirectamente con este Contrato, ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo, se resolverá mediante el procedimiento y arbitraje, de conformidad con el Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa.

El contratante gozará de un periodo de quince (15) días posteriores a la fecha del recibo de las condiciones para solicitar rectificaciones, caso contrario se dan por aceptadas las mismas

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, La compañía aseguradora emite el presente contrato en la ciudad de Tegucigalpa el 07 de Agosto del 2018




FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE SEGUROS HONDURAS S.A.



CONTRATANTE

ENDOSO DE EXCLUSION LA/FT

El presente contrato de seguro se dará por terminado de manera anticipada en los casos en que el Asegurado, el Contratante y/o Beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal Nacional o de Otra Jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o de 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 de crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de los 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 Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que La Aseguradora deberá de informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.



2018-2019

PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA**1801.-CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

PRIMERA.- CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO.- El Contrato de Seguro queda constituido por la Solicitud del Contratante, la solicitud de Inscripción de los Asegurados de la presente Póliza, el certificado individual y los Anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere.

SEGUNDA.- VIGENCIA DEL SEGURO.- Los beneficios y condiciones negociados bajo este contrato, subsistirán durante el término de un año según lo indicado en la carátula de la póliza, pudiendo modificarse a solicitud de las partes. Sin embargo la obligación a cargo de la compañía se mantendrá en vigor únicamente durante el plazo de tiempo comprendido en la forma de pago contratada por el asegurado y siempre que las primas estén debidamente pagadas, según lo establecido en la cláusula octava y tomando en consideración lo expuesto en la Cláusula del Período de Gracia.

TERCERA.- ACEPTACIÓN Y CAMBIOS EN EL CONTRATO.- De acuerdo a lo establecido por el Artículo 87 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y de conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si EL CONTRATANTE, 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.

CUARTA.- INDISPUTABILIDAD.- Este Contrato se basa en las Solicitudes del Contratante y Asegurados y, por consiguiente, cualquier dato inexacto o que haya sido ocultado, que conocido por la Compañía la hubiere retraído a emitir esta Póliza o algún Certificado o llevado a modificar sus condiciones, producirá la nulidad del Contrato; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare al Contratante o Asegurados su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres meses en que haya tenido tal conocimiento. Si el Contratante o Asegurados hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éstos harán a la Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvieron conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Después de que esta Póliza haya estado ininterrumpidamente en vigor durante dos años, su validez no será disputable, salvo por falta de pago de primas por parte del Contratante.

Tampoco el seguro será disputable, respecto de cada Certificado, después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un período de dos años contados desde la fecha de la última inscripción ininterrumpida en el correspondiente registro de Asegurados, excepto lo dispuesto en la Cláusula Sexta referente a la Declaración de Edad y en las Condiciones que establecen Beneficios por Incapacidad Total y Permanente y por Muerte o Desmembramiento por causas Accidentales.

QUINTA.- SUICIDIO.- En caso de fallecimiento de un Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental, dentro de los dos años siguientes a la última fecha de su inscripción ininterrumpida, la Compañía solamente quedará obligada a devolver al contratante las primas que éste hubiera pagado en relación con el Asegurado, durante el año Póliza en que ocurra el evento. Después de transcurridos esos dos años, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente.



2018-2019

SEXTA.- EDAD.- Para formar parte del Grupo Asegurado se requiere que al momento de la inscripción, la edad del Asegurado esté comprendida entre los 15 y 64 años

El Seguro terminará automáticamente el día que el asegurado cumpla los 70 años de edad, aún cuando reúna las demás condiciones necesarias para formar parte del Grupo. Si se hubieren incluido en el Grupo Asegurado individuos mayores de 69 años de edad por dolo del Contratante o del Asegurado, La Compañía no asume ninguna responsabilidad por la realización del riesgo y el contratante no tendrá derecho a la devolución de las primas que por dichos asegurados hubiese pagado.

La edad declarada por cada Asegurado deberá comprobarse antes de efectuarse, el pago de la suma asegurada correspondiente. Si el Asegurado hiciese la comprobación en vida, la Compañía extenderá una constancia de ello y no exigirá nuevas pruebas de edad para hacer el pago.

Si la edad declarada resulta inferior a la real, el Contratante estará obligado a pagar a la Compañía la diferencia que resulte entre las primas asignadas y las que correspondan a la edad real, por el tiempo que falte hasta el siguiente vencimiento del Contrato.

Si la edad declarada fuere mayor que la real, la Compañía restituirá al Contratante la diferencia de primas entre las dos edades por el tiempo que falte hasta el próximo vencimiento del contrato.

SÉPTIMA.- PRUEBA DEL FALLECIMIENTO.- La comprobación del fallecimiento del Asegurado se hará presentando a la Compañía la información correspondiente en los formularios que ésta proporcione para tal fin, de conformidad con las instrucciones contenidas en ellos. El pago se hará en las oficinas de la Compañía.

OCTAVA.- FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS.- Esta Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales; sin embargo, tanto la del primer año como las de los años siguientes, pueden ser pagadas por semestres, trimestres o meses, siempre anticipadamente, de acuerdo con la tarifa en uso por la Compañía a la fecha de cambio. La forma de pago de la prima puede ser cambiada en cualquiera de los aniversarios de la Póliza, previa solicitud escrita a la Compañía y mediante Anexo firmado y adherido a la Póliza en el que se haga constar la modificación.

No se considerará como efectuado el pago de ninguna prima, a menos que éste conste en el recibo oficial de la Compañía.

Las primas deberán pagarse el día de su vencimiento o antes, en las Oficinas de la Compañía, contra recibo firmado por los funcionarios de la misma y refrendado por el Colector Autorizado.

En cualquier otro lugar de la República, la Compañía podrá designar a terceras personas para que perciban el pago de las primas, a cambio del recibo firmado por los funcionarios de la misma y que fecharán y refrendarán con su firma al momento del pago.

La Compañía no está obligada a cobrar las primas ni a dar aviso de su vencimiento, y si lo hace, esto no sentará precedente alguno de obligación.

NOVENA.- PERÍODO DE GRACIA.- Es el plazo de 30 días otorgado por la COMPAÑÍA, dentro del cual se prorroga la cobertura, aún cuando no se hubiere pagado la prima correspondiente, y la cual se deducirá del Beneficio a entregar si ocurriera el siniestro durante este lapso.

Si al terminar la prórroga, la prima no ha sido pagada, esta Póliza y en consecuencia todos los Certificados individuales de Seguro expedidos a su amparo, caducarán sin necesidad de aviso o declaración especial.

2018-2019

DÉCIMA.- CÁLCULO DE LAS PRIMAS.- La prima a pagar, por cada mil lempiras (L. 1,000.00), de seguro anual, será la obtenida como promedio en el GRUPO ASEGURADO y se cobrará por el seguro de cada individuo del Grupo, con independencia de su edad o actividad.

Dicha prima promedio se calcula al inicio de cada año Póliza de la manera siguiente:

Los componentes del GRUPO ASEGURADO se clasifican por edades y se determina la suma asegurada que para cada edad se contrata: dicha suma se multiplica por la tarifa correspondiente a la edad en cuestión, según las tarifas vigentes a la época de cálculo. Las primas así obtenidas se suman y al resultado se le agrega el recargo correspondiente a la categoría del riesgo, cuando el grupo Asegurado no constituye un riesgo normal. Este resultado final se divide entre la suma total asegurada y así se obtiene la prima media relativa al Grupo Asegurado para el año Póliza en cuestión.

El Contratante deberá pagar dicha prima media respecto de cada Asegurado en proporción al lapso de pertenencia de éste al Grupo Asegurado, tanto si ya está incluido en él al momento de cálculo de la prima como si hubiera ingresado posteriormente.

En los casos de ingreso al Grupo Asegurado o de aumento en las sumas aseguradas se cobrará al Contratante la prima media por el período comprendido entre la fecha en que el nuevo seguro o el aumento empiece a surtir efecto y la del vencimiento de la próxima prima. Iguales reglas se aplicarán respecto de las deducciones por egresos o disminución de seguro. Los ajustes se harán tomando como base meses completos.

DÉCIMA PRIMERA.- INCUMPLIMIENTO DE LOS ASEGURADOS.- En los casos contributivos, cuando un miembro del grupo no cumpla con su obligación de dar al contratante la parte de la prima que pudiera corresponderle, éste deberá notificarlo a la Compañía, para obtener la baja de aquél en el registro de Asegurados

DÉCIMA SEGUNDA.- INGRESOS, EGRESOS Y MODIFICACIONES DE SUMA ASEGURADA.- Pueden ingresar al GRUPO ASEGURADO, todas las personas que llenen los siguientes requisitos: a) Ser mayor de quince años y menor de sesenta y cuatro, b) Que entreguen a la Compañía, por conducto del Contratante, su correspondiente solicitud de inscripción.

El Seguro de cada Asegurado comenzará desde el momento de su inscripción en el Registro de Asegurados que al efecto elaborará la Compañía y que formará parte de la presente Póliza, inscripción que se hará a medida que cada Asegurado presente su solicitud por medio del Contratante. Los miembros que hubieren ingresado al GRUPO ASEGURABLE, con posterioridad a la celebración de este Contrato, quedarán incluidos en el Grupo Asegurado desde el momento en que hayan llenado los requisitos indicados en el primer párrafo de esta cláusula y siempre que presente su solicitud de inscripción dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que hayan adquiridos tales requisitos:

Los miembros del GRUPO ASEGURABLE que no envíen su solicitud a la COMPAÑÍA, por conducto del CONTRATANTE, dentro de los treinta días posteriores a su ingreso al GRUPO ASEGURABLE, deberán presentar, a costa de ellos y si la Compañía lo exige, pruebas de asegurabilidad.

EL CONTRATANTE está obligado a dar aviso inmediato a la Compañía de todos los ingresos y egresos del GRUPO ASEGURADO, así como de las modificaciones de las sumas aseguradas, enviándole al mismo tiempo las solicitudes de las nuevas personas y todos los datos necesarios para la apreciación del riesgo.

El Seguro de cada Asegurado terminará al ocurrir cualquiera de los hechos siguientes:

a) El cumplimiento de los setenta años de edad; o,



2018-2019

b) La separación del GRUPO ASEGURADO, sea que ésta se produzca por exclusión, renuncia, despido o pensión; en estos casos el Asegurado continuará protegido por el Seguro durante los treinta días siguientes a su separación del GRUPO.

La Compañía emitirá endosos de inscripción o cancelación, según el caso, los cuales formarán parte del Registro de Asegurados.

DÉCIMA TERCERA.- PLANES DE SEGURO.- El Plan de Seguro adquirido por el Contratante es uno o una combinación de los Beneficios que se describen en esta Cláusula y según conste en las condiciones particulares y especiales.

A) Seguro Colectivo de Vida.- Bajo este Plan la Compañía se obliga a pagar únicamente la suma asegurada al ocurrir la muerte del Asegurado.

B) Beneficio de Incapacidad Total y Permanente

C) Muerte y Desmembramiento Accidental.

D) Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente.

DÉCIMA CUARTA.- CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.- La Compañía emitirá un Certificado de Seguro por cada Asegurado que sea inscrito, en el que se harán constar los datos relativos al seguro y, además contendrá aquellas condiciones de la Póliza que tengan relación con el Asegurado. Los Certificados serán entregados a los Asegurados por intermedio del CONTRATANTE.

Los Asegurados podrán solicitar a la Compañía la anotación en los respectivos Certificados, de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos, especialmente los cambios de Beneficiarios y la comprobación de edad.

DÉCIMA QUINTA.- CAMBIO DE BENEFICIARIOS.- El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de esta Póliza, puede cambiar el beneficiario o beneficiarios, sin necesidad del consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a la Compañía y ésta haga constar el cambio en el certificado correspondiente. Sin embargo, si la designación del beneficiario fuese con carácter irrevocable, además de la autorización de éste, el Asegurado tendrá que notificarlo y la anotación en la Póliza será el único medio de prueba admisible.

La sustitución de Beneficiarios será registrada en la Oficina Principal. Una vez registrada, surtirá efectos desde la fecha de la notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para la compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

Si hubiesen varios beneficiarios designados y alguno de ellos muriese antes que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá únicamente entre los Beneficiarios sobrevivientes, en la siguiente forma: a) por partes iguales si no se hubiera señalado cuota; y, b) en proporción a sus respectivas cuotas en caso de haberlas. Todo ello sin perjuicio de pacto en contrario.

Sin ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado, o si éste hubiese fallecido sin haber designado Beneficiarios, la Suma Asegurada se pagará a quienes fueren declarados judicialmente herederos del Asegurado.

DÉCIMA SEXTA.- DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO.- Cualquier Asegurado que deje de pertenecer al Grupo Asegurado, tendrá derecho a que la Compañía le expida, sin necesidad de examen médico, una póliza en cualquiera de los planes de Seguro Individual, por una suma igual o menor a la última suma asegurada que disfrutaba mediante esta póliza, y sin beneficios de incapacidad y doble indemnización.

Este Producto fue presentado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros Mediante Resolución No. 302/23-02-2010

2018-2019

Para ejercitar este derecho, la presente Póliza habrá de estar en vigor, y el interesado deberá:

- a) Ser menor de 70 años de edad, al cumpleaños más próximo;
- b) Solicitar el seguro por escrito a la Compañía dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que deje de formar parte del grupo.
- c) Pagar la prima que corresponda conforme a su edad alcanzada y a su ocupación en esa fecha, según las tarifas vigentes en la Compañía.

DÉCIMA SÉPTIMA.- DETERMINACIÓN DE SUMA ASEGURADA.- La suma asegurada individual se determinará de acuerdo con las bases que aparecen en la solicitud de esta Póliza, y estará consignada en el respectivo Certificado de Seguro.

Sin embargo, la suma máxima asegurada que se podrá conceder para cada asegurado en ningún caso será superior a la que resulte de multiplicar la suma asegurada promedio del Grupo por los factores que aparecen a continuación:

No. de Asegurados	Factor	No. de Asegurados	Factor	No. de Asegurado	Factor
10-24	2	100-149	5	300-399	8
25-49	3	150-199	6	400-499	9
50-99	4	200-299	7	500 ó más	10

Si antes de ocurrir el siniestro se descubre que la Suma Asegurada de algún asegurado es distinta de la que consta en el Certificado Individual de Seguro correspondiente, la Compañía por su propia iniciativa o a solicitud del Contratante modificará la suma asegurada de acuerdo con las bases establecidas, haciendo el consiguiente ajuste de primas y sustituyendo el respectivo Certificado Individual. Si el descubrimiento se hace después de ocurrir el siniestro, el Asegurado o los beneficiarios en su caso, tendrán derecho a percibir la suma asegurada que fuere mayor.

DÉCIMA OCTAVA.- RENOVACIÓN.- La Compañía renovará este contrato por otro período igual y bajo las mismas condiciones, siempre que el Contratante lo solicite y pague la prima correspondiente calculada de acuerdo con el procedimiento indicado en la Cláusula Décima. La renovación se hará mientras el Grupo se encuentre integrado por un mínimo de veinte personas.

DÉCIMA NOVENA.- CAMBIO DE CONTRATANTE.- Si el Contratante indicado en la página anexa de esta Póliza fuere sustituido por otro deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución; y si ésta la acepta, lo hará constar en Anexo firmado y adherido a la Póliza. En caso contrario, el contrato caducará 30 días después de que La Compañía notifique por escrito su resolución al nuevo contratante, devolviéndolo la parte de prima que corresponda al tiempo no transcurrido.

VIGÉSIMA.- OBLIGACIONES DE ASEGURAR.- El Contratante está obligado a asegurar a todos los miembros integrantes del Grupo Asegurable o por lo menos a un 80%, siempre y cuando el número correspondiente a este porcentaje no sea inferior a 20. Si durante la vigencia de esta Póliza el Contratante retirara a alguno de los miembros del Grupo Asegurado, tendrá derecho a la devolución de prima correspondiente, de acuerdo con lo establecido en la cláusula Décima de la presente Póliza.



2018-2019

Sin embargo, la Compañía se reserva el derecho de aceptar los miembros de nuevo ingreso que no dieren su consentimiento para pertenecer al Grupo Asegurado después de 30 días de haber llenado las características para pertenecer al Grupo Asegurado; o bien aquellos miembros del Grupo Asegurable que al inicio de la vigencia de esta Póliza hubieren dado su consentimiento para formar parte del Grupo Asegurado.

VIGÉSIMA PRIMERA.- MODIFICACIONES.- Ninguna modificación a esta Póliza, previo convenio con el Contratante y Asegurados, será válida si no está autorizada por la firma de los funcionarios de la compañía. En consecuencia los Agentes o cualquier otra persona de la Compañía, no tiene facultad para hacer concesiones o modificaciones algunas. Toda modificación se hará constar en la propia Póliza o en anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las Condiciones Generales sólo podrán ser modificadas en sentido favorable al Contratante o Asegurados, previa presentación ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. El contratante y Asegurados tendrán derecho a que se les apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- CESIÓN.- Ninguna cesión de esta Póliza obliga a la Compañía a no ser que la hubiere notificado por escrito y firmado por el Asegurado y el cesionario, lo cual se hará constar en el Certificado Individual. La Compañía no asume ninguna responsabilidad por la validez o suficiencia de las cesiones.

VIGÉSIMA TERCERA.- COMUNICACIONES.- Todas las Comunicaciones o declaraciones que hayan de hacerse a la compañía se enviarán por escrito directamente al domicilio de ésta. Los Agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía. Salvo el cobro de las indemnizaciones en caso de siniestro todo lo relativo a esta Póliza será tratado por conducto del Contratante y por tanto, todas las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los Asegurados, se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando las haga al Contratante, que serán enviadas por escrito al último domicilio de éste, conocido por la Compañía.

VIGÉSIMA CUARTA.- REPOSICIÓN.- En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza o de algún Certificado de Seguro, la Compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Contratante o del Asegurado, debiendo llenar éstos, los requisitos establecidos para este fin y además cubrir el importe de los gastos de reposición.

VIGÉSIMA QUINTA.- MONEDA.- Tanto el pago de la prima como la indemnización a que haya lugar por esta Póliza, serán liquidables en moneda nacional, conforme la Ley Monetaria de la República de Honduras.

VIGÉSIMA SEXTA.- CLÁUSULA ARBITRAL.- Cualquier controversia o conflicto entre las partes, relacionado directa o indirectamente con este Contrato, ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución, y además por términos del Contrato, éstos podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de conciliación y arbitraje, de conformidad con el Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa.

Firma Autorizada



1802.- BENEFICIO DE EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. Bajo este plan la Compañía se obliga a:

1. Exonerar al Contratante del pago de las primas del respectivo Asegurado, en el caso de que alguno de ellos quede incapacitado totalmente para el trabajo, siempre que tal incapacidad le haya sido producida antes de cumplir los 60 años de edad y que haya durado por o menos seis meses continuos durante la última inscripción ininterrumpida en el Registro de Asegurados.

Las primas exoneradas serán aquellas que correspondan al Asegurado incapacitado y que tengan su vencimiento mientras dure su incapacidad, de acuerdo con las siguientes normas:

1a. DEFINICIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL.- Para los efectos de este beneficio, se entiende por incapacidad total la pérdida absoluta de aptitudes y facultades que imposibiliten al Asegurado para ejercer su propio o cualquier otro trabajo u ocupación o para desarrollar cualquiera otra actividad de la que pudiera derivar utilidad o ganancia y siempre que tal incapacidad sea consecuencia de lesiones corporales o de enfermedad.

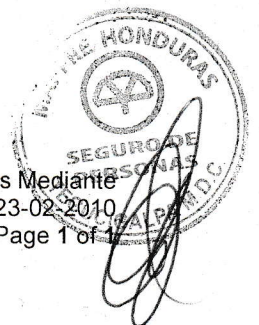
2a. NOTIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD.- Para que la exención de primas tenga efecto, es condición indispensable que el Contratante notifique a la Compañía por escrito que ha ocurrido tal incapacidad, mientras dure ésta y presente pruebas satisfactorias de que ocurrió estando el seguro en vigor, antes de cumplir 60 años de edad y que ha continuado sin interrupción por período de seis meses.

La falta de aviso no invalidará ninguna reclamación siempre que la Compañía estime que no fue razonablemente posible dar aviso en tiempo oportuno.

3a. CONTINUACIÓN DE LA INCAPACIDAD.- La Compañía se reserva el derecho en cualquier tiempo, durante los dos primeros años de haber aceptado la incapacidad y de allí en adelante, pero no más de una vez por año, de exigir pruebas satisfactorias de la continuación de dicha incapacidad. El Asegurado se obliga a someterse a cuantos exámenes médicos le sean requeridos, por cuenta de la Compañía, para tal objeto.

Sin embargo, la incapacidad total o permanente del lesionado se tendrá por suficientemente probado sin que el Contratante deba proveer más pruebas de ellas ni el Asegurado deba someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en el estado de incapacidad total y permanente, si el accidente le ha producido:

- a) Pérdida de ambas manos, por amputación en las muñecas o arriba de ellas;
- b) Pérdida de ambos pies, por amputación en los tobillos o arriba de ellos;
- c) Pérdida de una mano o un pie, por amputación en la muñeca o el tobillo o arriba de ellos; y
- d) Pérdida total o definitiva de la vista de ambos ojos.



1803.- BENEFICIO EN CASO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.- Bajo este beneficio la Compañía se obliga a:

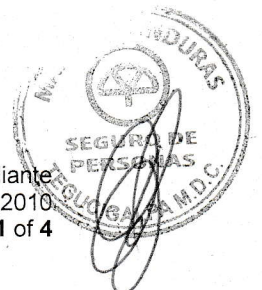
1. Pagar la suma asegurada básica al ocurrir la muerte del Asegurado a causa de accidente; y
2. Pagar la indemnización que corresponda, si el Asegurado falleciera a causa de accidente o llegara a sufrir, a causa del mismo, la pérdida de alguno de los miembros, órganos o funciones descritas en la Tabla de Beneficios y siempre que al ocurrir el accidente el Asegurado no haya cumplido la edad de 65 años, de acuerdo con las normas siguientes:

1a. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE.- Se considera accidente cubierto aquél que produzca al Asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en caso de ahogamiento o de lesiones internas reveladas por la autopsia) y que ocasionen la muerte del Asegurado o la pérdida de alguno de sus miembros, órganos o funciones, siempre que tal lesión sea producida, independientemente de cualquiera otra causa, por la acción directa y violenta de causas externas y fortuitas.

La muerte o pérdida de miembros están cubiertos toda vez que se produzcan dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente en que se ocasionaron las lesiones y que éste haya tenido lugar durante la vigencia de la última inscripción ininterrumpida en el Registro de Asegurados.

2a. RIESGOS EXCLUIDOS.- Este beneficio no cubre la muerte o pérdida de miembros causados directa o indirectamente por:

- a) Suicidio o lesiones infligidas a sí mismo por el Asegurado, cualquiera que sea su estado mental;
- b) Accidente de navegación aérea, salvo que el Asegurado viaje como pasajero en aeronave de línea comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros;
- c) Accidente en que el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier clase de vehículo que esté participando en carreras, pruebas o contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia o velocidad;
- d) Riñas provocadas por el Asegurado o delitos cometidos por él;
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas, y que en este último caso el nivel de alcoholemia sobrepase los límites permitidos por las autoridades.
- f) Huelgas, paros o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares, en que participe el Asegurado;
- g) Guerra cualquier otro acto relacionado con ella, haya habido o no declaración de guerra;
- h) Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear;
- i) Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona;
- j) Dolencia corporal o mental o enfermedad que contribuya total o parcialmente a la muerte;
- k) Cualquier infección bacterial, excepto la resultante de lesión corporal externa y accidental;



l) Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, excepto si son necesarios para la curación de lesiones accidentales; y,

m) El desempeño de servicio militar, naval o de seguridad, vigilancia o policía.

3a. BENEFICIO.- Las indemnizaciones que pagará la Compañía en caso de accidente cubierto se establecerán con base en la suma asegurada para cada Asegurado, que se denominará LA SUMA PRINCIPAL, en las proporciones que se indican en la siguiente tabla de Beneficios:

TABLA DE BENEFICIOS

Tabla de Beneficios	Indemnización
A) Muerte	La Suma Principal
B) Pérdida de ambas manos, por separación en, o arriba de la muñeca	La Suma Principal
C) Pérdida de ambos pies, separación en, o arriba de los tobillos	La Suma Principal
D) Pérdida completa e irreparable de la vista de ambos ojos	La Suma Principal
E) Pérdida de una mano y de un pie, por separación en, o arriba de la muñeca o el tobillo	La Suma Principal
F) Pérdida completa e irreparable de la vista de un ojo y la pérdida de una mano por separación en, o arriba de la muñeca	La Suma Principal
G) Pérdida completa e irreparable de la vista de un ojo, y la pérdida de un pie por separación en, o arriba del tobillo	La Suma Principal
H) Pérdida de una mano o de un pie, por separación, en o arriba de la muñeca o del tobillo	La mitad de La Suma Principal
I) Pérdida completa e irreparable de vista de un ojo	La mitad de La Suma Principal
J) Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano por separación en o arriba de las Articulaciones metacarpofalangeanas.	La Cuarta parte de la Suma Principal.

La indemnización por muerte se pagará a los beneficiarios designados, y los pagos por pérdida de miembros, al propio Asegurado.

4a. INDEMNIZACIONES POR VARIAS PERDIDAS.- En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de las proporciones correspondientes a cada una, sin exceder de la Suma Principal. Mientras no se haya pagado la totalidad de la Suma Principal este convenio continuará en vigor para el caso de fallecimiento por accidente hasta el próximo aniversario de la Póliza, por la diferencia entre la Suma Principal y las indemnizaciones ya pagadas.

5a. DOBLE BENEFICIO. El Beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas especificadas en la Tabla de Beneficios que precede, será el DOBLE si tales lesiones corporales fueren sufridas:

- a) Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no al momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o,
- b) Mientras el asegurado vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor ordinario de pasajeros (con excepción de ascensores en minas); o,
- c) Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el Asegurado se encuentre al principio del incendio.

Todos los demás términos y condiciones especificados en las Cláusulas 1ª, 2ª, 3ª y 4ª del numeral 2 de este Plan, son también aplicables a esta Cláusula de Doble Beneficio. Sin embargo, la cantidad máxima pagadera bajo esta Estipulación por pérdidas sufridas como resultado de un solo accidente, será el Doble de la Suma Principal.

6a. PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTRO.

1. CASOS NO FATALES.- en casos de producirse un accidente cubierto, el Asegurado se obliga a:

- a) Avisar por escrito a la Compañía dentro de los primeros quince días siguientes de haberse producido, indicando la hora, fecha, lugar y demás circunstancias en que se produjo el accidente.
- b) Enviar el aviso a que se refiere el literal anterior, acompañado de una certificación médica que exprese la causa, naturaleza y consecuencias conocidas o presuntas de las lesiones sufridas por el Asegurado, así como la constancia de encontrarse sometido a un tratamiento médico racional;
- c) Requerir del médico que le asista, él envió al Director Médico de la Compañía con la frecuencia que éste indique, de informes sobre la evolución de las lesiones y actualizaciones del pronóstico de curación.

2. CASOS FATALES.- En casos de muerte accidental el contratante o los beneficiarios deberán comunicarlo por escrito a la Compañía, dentro de los primeros cinco días después de haberse producido el fallecimiento, indicando la hora, fecha lugar y demás circunstancias que se produjo el accidente.

La falta de aviso no invalidará ninguna reclamación siempre que la Compañía estime que no fue razonablemente posible dar aviso en tiempo oportuno.

El Contratante o los Beneficiarios deberán comprobar el fallecimiento o la pérdida que motive una indemnización, utilizando los formularios que para tal objeto les proporcione la Compañía, y de acuerdo con las instrucciones en ellos contenidas.

La compañía pagará la suma que corresponda en sus oficinas principales, en cuanto tales pruebas le sean mostradas, dentro de un plazo de 30 días.

7a. FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

- a) En casos no fatales, la Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado.

Este producto fue presentado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución No.302/23-02-2010



b) En los casos fatales la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia del cadáver para establecer las causas de la muerte previa autorización de la autoridad competente, debiendo los Beneficiarios o herederos prestar su conformidad y concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia se efectuará con citación de los Beneficiarios o herederos, quienes podrán designar un Médico para representarlos. Todos los gastos ocasionados por las gestiones a que se refiere este inciso serán por cuenta de la Compañía, exceptuando los honorarios y gastos del Médico representante de los Beneficiarios o herederos.

1804- BENEFICIO PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (PACA), Bajo este Plan la Compañía se obliga a:

1. Indemnizar al Asegurado la suma básica contratada por muerte natural en el Registro de Asegurados de la Póliza relacionada, en caso de incapacidad total y permanente que le sobreviniere al Asegurado(a) a consecuencia de enfermedad o accidente, siempre que dicha incapacidad total y permanente se produzca antes de cumplir sesenta (60) años de edad y que además hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses continuos desde la fecha de la declaración de dicha incapacidad y de acuerdo a las normas siguientes:

1a. LIQUIDACIÓN DEL MONTO DEL SEGURO.- El monto del Seguro será satisfecho mediante veinticuatro (24) cuotas iguales; cada una, pagadera mensualmente.

En caso de que el Asegurado falleciere encontrándose incapacitado, en los términos del presente Anexo, antes de haber percibido la totalidad de las cuotas mensuales estipuladas, las cuotas restantes continuarán, siendo pagadas a los beneficiarios designados por el Asegurado(a), o a falta de éstos a la sucesión del mismo, hasta el completo pago de las rentas vencidas; pero éstos podrán, si lo prefieren, conmutarlos por un pago único.

Cualquier indemnización por concepto del presente beneficio, supone la extinción de las garantías, tanto principales como complementarias, establecidas en la póliza de la cual este beneficio complementario forma parte.

2a. SUSPENSIÓN AUTOMÁTICA.- El pago de la renta mensual se suspenderá automáticamente si el Asegurado se restableciere en su capacidad de trabajo a juicio y dictamen médico de la Compañía. En este caso las condiciones del presente Anexo quedarán nuevamente en vigor mediante el pago de la prima correspondiente; pero el monto del beneficio otorgado bajo el presente Anexo será igual a la diferencia que resulte entre el monto original y la suma de las rentas mensuales percibidas por el Asegurado durante el período de incapacidad.

3a. DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.- Para los efectos de este beneficio se reputará incapacidad total y permanente, cuando el Asegurado sufra la pérdida de sus aptitudes y facultades que le imposibilite o prive del ejercicio de su profesión u ocupación habitual, la explotación de su negocio o cualquiera otra actividad de la que pudiera derivar ingresos o utilidades; siempre que tal incapacidad sea consecuencia de enfermedad o de lesiones corporales sufridas por el Asegurado independientemente de su voluntad.

Sin perjuicio de otras causas de incapacidad total y permanente, se considerarán como tal, las siguientes:

- I.- La amputación total de ambas manos.
- II.- La amputación total de ambos pies.
- III.- La amputación de toda una mano y de todo un pie; y
- IV.- La pérdida total e irreparable de la vista de ambos ojos.



4a. DE LA INCAPACIDAD.- Para el ejercicio de los derechos y el consiguiente disfrute de los beneficios del presente Anexo, es Condición indispensable que el Asegurado(a) notifique a la Compañía por escrito que ha ocurrido tal incapacidad y presente pruebas satisfactorias de que ocurrió estando este Beneficio en vigor, antes de cumplir sesenta (60) años de edad y que ha continuado sin interrupción por un período de seis (6) meses.

La falta de dicho aviso no invalidará ninguna reclamación si se comprueba que no fue razonablemente posible darlo y que se dio tan pronto como fue razonablemente posible.

5a. CONTINUACIÓN DE LA INCAPACIDAD.- La Compañía se reserva el derecho en cualquier tiempo, durante los dos primeros años de haber aceptado la incapacidad y de allí en adelante, pero no más de una vez por año, de exigir pruebas satisfactorias de la continuación de dicha incapacidad. El Asegurado(a) se obliga a someterse a cuantos exámenes médicos le sean requeridos, por cuenta de la Compañía para tal objeto.

6a. RESOLUCIÓN DEL CONVENIO.- El Asegurado(a) podrá dar por terminado este beneficio, en cualquier aniversario de la Póliza, mediante solicitud escrita y devolución del presente documento.

7a. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL BENEFICIO.- El beneficio otorgado bajo este convenio terminará automáticamente en los casos siguientes: -Es

a) Si el Asegurado(a) recupera su capacidad para el ejercicio de su profesión u ocupación habitual, la explotación de su negocio o de cualquiera otra actividad de la cual pueda derivar ingresos o utilidades.

b) Por negarse a someterse a los exámenes médicos requeridos para probar la continuidad de la incapacidad.

c) Por vencimiento, caducidad o cancelación de la Póliza de la cual forma parte este Beneficio o por conversión de la misma a Seguro Saldado o Temporal Prorrogado.

d) En el aniversario de la Póliza más próxima al sexagésimo cumpleaños del Asegurado(a).

8a. PRIMAS.- El beneficio otorgado por el presente Anexo se mantendrá en vigor mediante el pago por anticipado de la prima adicional acordada con la compañía; que será pagadera en las mismas fechas y bajo las mismas condiciones estipuladas para las primas de la Póliza de la cual forma parte este Beneficio.

Si el Asegurado(a) hubiese pagado primas que resulten corresponder a un período de incapacidad por estar en trámite la comprobación de ésta, las mismas se le devolverán al ser aceptada por la Compañía, la existencia de dicha incapacidad.

9a. EXCLUSIONES.- El beneficio otorgado bajo el presente anexo quedará sin valor y efecto cuando la incapacidad total y permanente sea consecuencia directa de los hechos o circunstancias siguientes:

- a) Guerra Civil o Guerra Internacional o cualquier otro acto relacionado con ella, haya habido o no declaración de guerra.
- b) Huelgas, paros o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares en que participe el Asegurado.
- c) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas, y que en este último caso el nivel de alcoholemia sobrepase los límites permitidos por las autoridades.
- d) Riñas provocadas por el Asegurado(a) y/o delitos cometidos por él mismo.
- e) Accidentes de navegación aérea, salvo que el Asegurado(a) viaje como pasajero en aeronave de línea comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, con su correspondiente boleto de pasaje incluido en un vuelo de itinerario regular.
- f) Lesiones corporales causadas al Asegurado por sí mismo o por el beneficiario de la Póliza.
- g) Falsas declaraciones, omisión o reticencia del Asegurado que puedan influir para la correcta apreciación y/o comprobación de su estado o incapacidad.

