

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

CLAUSULA No.1 COBERTURA

A continuación, se detallan las coberturas que puede tener un seguro de Accidentes de Trabajo.

Cobertura Básica:

Muerte Accidental;

Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que ocasione la muerte del asegurado, como un accidente de trabajo.

Coberturas Adicionales:

Salvo pacto expreso en contrario y pago de la prima adicional correspondiente a las siguientes coberturas:

1) Incapacidad Permanente, Total o Parcial:

Se entiende por incapacidad Total y Permanente, 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 de trabajo.

2) Incapacidad Temporal:

Es la situación en la que debido a unas lesiones, no puedes realizar una actividad laboral. Esa imposibilidad de trabajar es, por definición, temporal y a corto plazo; en principio, después del tratamiento médico, debe poder reincorporarse a su trabajo de manera normal. Esta incapacidad debe ser originada a causa de un accidente de trabajo.

3) Gastos Médicos a consecuencia de accidentes profesionales

Indemnización de todo gasto médico y hospitalario a causa de un accidente de trabajo, hasta el límite establecido en las condiciones particulares.

4) Servicios de Asistencias diversas

Son un conjunto de servicios técnicos o profesionales. Tienen como objetivo respaldar a un usuario en un evento adverso en un determinado momento. El objetivo es brindar acceso a multiservicios que de otra forma serían caros de adquirir.

CLAUSULA No.2 EXCLUSIONES

Salvo pacto expreso en contrario que se hará constar en el texto, cuando se trate de Enfermedades Profesionales, la Compañía no asume responsabilidad alguna con respecto a los siguientes padecimientos que quedan excluidos del seguro, aun cuando la Ley o los contratos del trabajo las consideran específicamente como Enfermedades Profesionales de la actividad a que se dedican los beneficiarios: cualquier clase de neumoconiosis, tuberculosis pulmonar, silicosis y demás enfermedades profesionales típicas de los mineros, las que tengan como causa el alcoholismo y el uso de drogas enervantes: los padecimientos venéreos o sifilíticos y las enfermedades que se derivan directa o indirectamente de los mismos, incluyendo principalmente el reumatismo de ese origen, ya sea articular o muscular.

1. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, la Compañía solo asume la responsabilidad con respecto a Enfermedades Profesionales propias de la industria a que se dedica el patrono y consideradas como tales según la tabla de Ley y cuando éstas se hayan iniciado posteriormente al día y hora en que entre en vigor esta Póliza.
2. Esta Póliza sólo cubre la responsabilidad patronal originada por el daño físico que sufran en su persona los trabajadores, por lo que expresamente se excluye el riesgo profesional consistente en la pérdida de la libertad.
3. La Compañía no adquiere responsabilidad alguna con respecto a la reducción o readaptación del trabajador. En consecuencia, la Compañía dejará de pagar la indemnización por incapacidad temporal y no estarán a su cargo las demás erogaciones complementarias, a partir de la fecha en que el Médico Oficial de por terminada la curación concurren las siguientes circunstancias:
4. Que al trabajador no le haya resultado una incapacidad total o parcial permanente.
5. Que, además, el trabajador tenga una imposibilidad permanente para dedicarse a su ocupación primitiva o que, siendo transitoria, desaparezca en un plazo imprevisible y fuera del proceso normal de recuperación llamado "convalecencia". Lo anteriormente dicho prevalecerá aun cuando al Asegurado no le sea posible reeducar, readaptar o proporcionar al trabajador cualquiera otra ocupación que esté de acuerdo con su capacidad.

6. En todos los casos de muerte por accidente o enfermedad profesional, el patrono está obligado a gestionar ante las autoridades correspondientes que se practique la autopsia, para poder determinar la causa del fallecimiento. Cuando no se practique la autopsia, será a cargo del Asegurado la obligación de demostrar la causa profesional de la muerte por los medios ordinarios de prueba, requisito sin el cual la Compañía no estará Obligada a pagar la Indemnización.

7. La Compañía sólo cubre el riesgo profesional que ocurra fuera del sitio en que el trabajador desarrolle la actividad para la cual fue contratado, cuando la realización del mismo sea una consecuencia del peligro poco común y propio del camino, paso o sitio que tenga que recorrer forzosamente el trabajador para trasladarse de su habitación al trabajo o entre los diversos lugares donde debe cumplir sus obligaciones o cuando con estos objetos, utilice medios de transporte organizados por el patrono o de los que éste sea propietario.

CLAUSULA No.3 FORMAN PARTE DEL CONTRATO

El presente Contrato de Seguro queda constituido por la Solicitud firmada del Asegurado o Contratante del Seguro formulada a la Compañía, por la Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente Póliza, Anexos y Endosos que se adhieran a la Póliza, si los hubiere. El Contrato de Seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Compañía.

CLAUSULA No.4 DEFINICIONES

ACCIDENTE: Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

ACCIDENTES DE TRABAJO: Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo.

ASEGURADO: Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza, puede ser también el Contratante del Seguro.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza.



CNBS: Comisión Nacional de Bancos y Seguros de Honduras es la entidad encargada de vigilar el cumplimiento de las normas emitidas por el Banco Central de Honduras en materia de política monetaria, crediticia y cambiaria.

COMPAÑÍA: Una Compañía de Seguros es la empresa especializada en el seguro, cuya actividad económica consiste en producir el servicio de seguridad, cubriendo determinados riesgos económicos (riesgos asegurables) a las unidades económicas de producción y consumo. MAPFRE Seguros Honduras S.A.

CONTRATANTE: A la persona individual o jurídica capaz de celebrar la contratación de la Póliza con el consentimiento de los miembros del Grupo Asegurable.

ENFERMEDADES PROFESIONALES: Es aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena o propia en las actividades que se especifiquen de acuerdo a su trabajo.

INCAPACIDAD POR SU DURACION: temporal o permanente Incapacidad por su extensión: Parcial o total

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA: Grado de invalidez permanente que inhabilita al trabajador para ejercer toda profesión u oficio.

INCAPACIDAD PARCIAL: Imposibilidad de un asegurado para realizar una o más de sus obligaciones diarias. La renta percibida por el asegurado de parte de la entidad aseguradora es menor que el caso de incapacidad total.

INCAPACIDAD TOTAL: Incapacidad de un asegurado para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias.

LA LEY: Esta Ley regula la Creación, Organización, Funcionamiento, Fusión, Conversión, Escisión, Liquidación y Supervisión de las Instituciones que realicen actividades u operaciones de Seguros y Reaseguros, y tiene como propósitos.

MONEDA: Todas las cantidades de dinero que deberán ser intercambiadas entre las partes en virtud de la presente Póliza, se efectuarán en la moneda que al efecto se designe en las Condiciones Particulares de la Póliza.

PRIMA PROVISIONAL: Cantidad a pagar por los Asegurados en concepto de contraprestación por la cobertura del Seguro.



SUMA ASEGURADA: A la cantidad máxima que pagará la Compañía al (los) Beneficiario(s) o al Asegurado, a consecuencia de los riesgos cubiertos de acuerdo a las estipulaciones consignadas en esta Póliza y en los Anexos que forman parte de la misma.

TRABAJADORES DE PLANTA: Un trabajador de base o planta es aquél que no desempeña las funciones de un trabajador de confianza, es decir, realiza funciones o actividades normales o comunes dentro de la empresa.

CLAUSULA No.5 LIMITES DE RESPONSABILIDAD

La Compañía indemnizará al Asegurado hasta los límites establecidos, dicha indemnización no deberá sobrepasar de ninguna manera el límite máximo de responsabilidad estipulado.

De acuerdo con los riesgos cubiertos y siempre que se establezca previamente la responsabilidad patronal del Asegurado, la Compañía se obliga a pagar, calculadas sobre el salario que debe servir de base conforme a lo establecido en la Ley, las siguientes indemnizaciones:

En caso de MUERTE ACCIDENTAL..... 620 días

En caso de INCAPACIDAD PERMANENTE, TOTAL..... 620 "

En caso de INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE,

El porcentaje establecido en la Ley, calculado sobre..... 620 "

En caso de INCAPACIDAD TEMPORAL, así como durante el tiempo que dure la curación del trabajador a quien resulte una incapacidad total o parcial permanente y hasta la fecha en que sea declarada una u otra, o sobrevenga la muerte:

A partir del primer (1) día del accidente..... 75%

de los salarios, sin que el plazo total durante el cual perciba el trabajador este porcentaje, exceda de un (1) año.

La responsabilidad de la Compañía en cuanto al pago de indemnizaciones por Incapacidad Parcial Permanente, Incapacidad Total Permanente, Muerte y demás

Gastos funerarios subsistirá solamente:

En Accidente de trabajo, durante un (1) año posterior a la fecha en que ocurran estos.

En enfermedades profesionales, durante un año a contar desde la fecha en que el beneficiario se presente a recibir atención médica de acuerdo con lo establecido en la Ley.

En caso de muerte, la indemnización y lo pactado para gastos funerarios se pagará siempre que en el momento de ocurrir la defunción esté en vigor esta póliza. En cuanto a las demás indemnizaciones, la responsabilidad de la Compañía solo subsistirá durante los plazos pactados y mientras no fallezca el trabajador.

CLAUSULA No. 6 DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

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

La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Contratante o Asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

La Compañía tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer (1) año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada la Compañía a pagar la indemnización.

Si el seguro concerniere a varias cosas o personas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 1137 del Código de Comercio.

Si el Contratante o Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el Contratante del Seguro o Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

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

Se estará además a lo dispuesto en el Artículo 1142 del Código de Comercio

CLAUSULA No. 7 PAGO DE PRIMA

La prima se calculará aplicando el porcentaje correspondiente a cada riesgo Asegurado en sus respectivas clasificaciones, al monto total de los salarios que perciban los trabajadores beneficiarios, durante el tiempo que esté en vigor esta Póliza.

El pago de la prima deberá ser pagada por la persona o institución que contrate la póliza.

Deberán incluirse para el cálculo de la prima:

- a) El salario de los trabajadores de planta, supernumerarios, suplentes o accidentales el de los contratados por obra o por tiempo, y en general, el de todas las personas que presten servicios al Asegurado.
- b) La suma total pagada por horas extras a todos los trabajadores, sin distinción.
- c) La cantidad establecida convencionalmente o por las Autoridades del Tratado para valuar la alimentación y alojamiento de los trabajadores, cuando estas obligaciones sean inherentes al salario. A falta de estipulación expresa, la alimentación será estimada en el 35% del salario pagado en efectivo y el alojamiento en el 15% del mismo.

No se incluirá para el cálculo de la prima, el monto de los salarios caídos durante el período de duración de huelgas o paros. El monto de los salarios caídos deberá acreditarlo el Asegurado a la Compañía con la copia del convenio celebrado o por cualquier otro medio a satisfacción de la misma.

Se llama Prima provisional a la Prima que se calcula para toda la vigencia de la Póliza, tomando como base las cantidades manifestadas por el Asegurado al hacer su solicitud, como monto probable de su pago por concepto de salarios durante el plazo para el cual solicitó la vigencia del seguro.

I. PRIMA PROVISIONAL: Anexa a la solicitud, el solicitante deberá presentar su lista de raya y manifestar la cantidad que pagó el año anterior a sus trabajadores o la que presupuesta pagar durante la vigencia de esta Póliza, por los conceptos a que se refiere el Clausula No. 3 Forman Parte del Contrato.

Sobre la cantidad manifestada, se hará provisionalmente el cálculo de la prima correspondiente al tiempo solicitado para la vigencia de esta Póliza. Esta cantidad, se dividirá entre el número de pagos periódicos convenidos.

El primer día hábil de cada período de pago a contar desde la fecha en que entre en vigor esta Póliza, el Asegurado deberá pagar a la Compañía por adelantado, la fracción de la Prima Provisional calculada para dicho período.



La falta de pago puntual conforme a lo establecido en el párrafo anterior, invalidará la franquicia de pagar la prima provisional en fracciones y se estará a lo dispuesto por Ley, una vez transcurridos los plazos a que se refiere el Cláusula 8 Vigencia de estas condiciones.

II. INFORME DE SALARIO: Durante los diez (10) días siguientes al fin de cada período de pago, el Asegurado remitirá a la Compañía en sus formularios de pago un informe de los salarios que deban servir de base para el cálculo de la prima correspondiente al período de pago transcurrido.

III. AJUSTE DE LA PRIMA: Recibido el informe a que se refiere el punto anterior, la Compañía procederá a comprobarlo y una vez rectificado o ratificado éste, hará el cálculo de la prima correcta correspondiente al período de pago a que se refiere el informe.

IV. COBRO DEL AJUSTE: Si el ajuste fuere mayor que la Prima Provisional, el Asegurado deberá pagar la diferencia en la fecha en que la Compañía haga el cobro. Si por el contrario, la Prima Provisional es mayor, la diferencia será devuelta por la Compañía.

La Compañía concede al Asegurado un período de espera de cinco (5) días para el pago de las exhibiciones a que se refiere el Artículo anterior, Durante este período la Póliza se conservará en pleno vigor; si transcurrido dicho plazo el Asegurado no hace la exhibición correspondiente se le requerirá el pago dándole un plazo de quince días para efectuarlo.

Si vencido este último plazo no ha hecho el pago, se suspenderán los efectos del seguro, pudiendo la Compañía rescindir este contrato o exigir el pago en la vía ejecutiva o ejercitar ambas acciones simultáneamente, siempre que hayan transcurrido diez (10) días desde el principio de la suspensión.

CLAUSULA No. 8. VIGENCIA

La fecha de Vigencia esta póliza será efectiva y comenzará a las 12:01 A.M. en la fecha designada como Fecha de Vigencia del Seguro en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLAUSULA No. 9 BENEFICIARIOS

Son beneficiarios del seguro todas aquellas personas con respecto a las cuales se hayan solicitado los beneficios de esta Póliza, siempre que no hayan sido rechazadas por la Compañía y tengan derecho a reclamar del Asegurado el cumplimiento de una obligación originada por la realización de un riesgo a su cargo, ya sea que tal obligación provenga de la Ley o de los Contratos de Trabajo.

En caso de muerte accidental de un trabajador amparado bajo esta Póliza, tendrán derecho a recibir la indemnización la o las personas mencionadas en la ley respectiva según el procedimiento establecido en la misma.

Perderán su carácter de beneficiarios de la Póliza, aquellos trabajadores cuyo salario sea omitido en todo o en parte por el patrón en las manifestaciones que debe hacer a la Compañía para el cómputo de la prima y se entenderá con respecto a ellos y durante el tiempo correspondiente a la omisión, que el Asegurado está de acuerdo en asumir su propia responsabilidad, sin que la Compañía tenga obligación alguna en estos casos y durante el período señalado.

CLAUSULA No. 10 AGRAVACION DEL RIESGO

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos que deban hacerse constar en la solicitud del seguro, la que debe anexarse o en la manifestación de salarios pagados, que son la base para el cálculo de la prima, facultará a la Compañía para considerar rescindido este Contrato de pleno derecho, aun cuando la falsedad o inexacta declaración no haya influido en la realización de los riesgos cubiertos.

En caso de rescisión por las causas señaladas, la Compañía conservará el derecho a cobrar la prima devengada hasta la fecha de la rescisión.

La falta del aviso dará lugar a que cesen de pleno derecho las obligaciones de la Compañía para lo sucesivo, siempre que los hechos con respecto a los cuales se omitió el aviso, constituyan una agravación esencial del riesgo.

Cuando habiéndose dado oportunamente el aviso de agravación del riesgo a que se refiere, la Compañía no lo acepte, podrá rescindir el Contrato y sus responsabilidades terminarán quince (15) días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado.

Cuando el Asegurado provoque por sí mismo la agravación del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía a partir de la fecha en que se produzca esta agravación. Esta sanción subsistirá en el caso de que, agravadas las circunstancias esenciales que debieran modificar el riesgo, éste no llegue a transformarse en la práctica.

Se considerará como agravación del riesgo todo hecho, acto u omisión que tenga influencia sobre la realización de los riesgos cubiertos o sobre la extensión de las prestaciones que debe cubrir la Compañía.

CLAUSULA No. 11 AVISO DEL SINIESTRO

Para el cálculo del salario que debe servir de base para el pago de las indemnizaciones se aplicarán las siguientes reglas:

1.- En caso de Accidente de Trabajo.

a) Se tomará como base el salario diario normal que tiene asignado el trabajador por su labor ordinaria, sin tenerse en cuenta el aumento que ese salario pueda tener en los casos en que se presten servicios en horas extraordinarias o por razón de estar desempeñando en el momento del accidente y fuera de lo normal, un trabajo al que corresponda un salario más elevado.

b) Cuando se trate de trabajadores que, sin ser destajistas, estén contratados permanentemente para desempeñar servicios que presten durante parte de la jornada ordinaria, se tomará como base el salario real que percibían al servicio del Asegurado durante esas horas de trabajo, en el momento del accidente.

c) Cuando se trate de trabajadores a destajo, miembros de cooperativas, o de sindicatos contratantes de trabajo, se dividirá entre treinta el monto de lo que hayan percibido o devengado por trabajo o participaciones durante el mes anterior a la fecha del accidente y el resultado, será la base diaria para el cálculo de la indemnización. A falta de este dato, se tomará como base el promedio diario en la última semana anterior al accidente.

d) Previendo en el caso especial de los aprendices, meritorios y demás trabajadores que por cualquier circunstancia perciban en efectivo un salario inferior al mínimo, se establece como regla general que la Compañía solo está obligada a pagar indemnizaciones, teniendo en cuenta el salario real que perciben en efectivo los trabajadores, salvo lo establecido en los incisos e) y f) siguientes:

e) Cuando por causa del accidente, deje el trabajador de recibir del Asegurado la alimentación y el alojamiento inherentes a su empleo, la compañía tomará en cuenta estas prestaciones dentro de la cantidad que sirva de base para el cálculo de la indemnización, siempre que el Asegurado esté obligado a cubrir dichas prestaciones y que se haya tomado en cuenta el importe de las mismas para el cómputo de la prima y que el trabajador no este hospitalizado por cuenta de la Compañía.

A menos que el Asegurado por sí mismo o las autoridades del trabajo hayan fijado una base especial para el cómputo de la parte del salario representado por alimentación y alojamiento, se valuarán estas prestaciones en la forma siguiente: Alimentación: 35% del salario pagado en efectivo. Alojamiento: 15% del salario pagado en efectivo.

f) El salario que se tome como base para el cálculo de las indemnizaciones, será el devengado por el trabajador en una jornada ordinaria.

II.- En caso de Enfermedades Profesionales se seguirán las mismas reglas, pero tomando como base el salario que percibía el trabajador en la fecha en que se inició la enfermedad, mismo día que servirá de partida para calcular el salario medio de los trabajadores a destajo.

a) En Accidente de Trabajo, a partir del primer (1) día en que ocurra el accidente, pero para los efectos de la indemnización, éste sólo se contará inclusive, cuando el accidente ocurra durante la primera mitad de la jornada ordinaria.

El Asegurado se compromete a remitir al trabajador accidentado al Médico Oficial de la Compañía, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que ocurrió el accidente y en caso contrario, se entenderá que el Patrono ha renunciado a los beneficios de esta Póliza con respecto a la responsabilidad que provenga del mismo.

Esta obligación subsistirá cuando el accidente ocurra en la población en que radique el Médico Oficial de la Compañía o en un lugar que esté a una distancia desde la que pueda llegarse ante éste haciendo uso de la vía normal de transporte, en dos horas o menos, a no ser que el Asegurado pueda demostrar que el trabajador no se presentó ante el Médico Oficial dentro del plazo indicado, por causa fortuita o de fuerza mayor.

b) En Enfermedades Profesionales desde el día en que el enfermo se presenta a recibir atención médica de la Compañía, pero para los efectos de la indemnización, desde el día en que físicamente o por prescripción de un Médico Oficial de la misma no pueda desempeñar su trabajo habitual.

El Asegurado está obligado a enviar al enfermo al Médico Oficial de la Compañía dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que tenga conocimiento de la existencia de la enfermedad, sin que pueda servirle de excusa el hecho de que la misma no esté produciendo una incapacidad para el trabajo.

Esta obligación subsistirá cuando la enfermedad ocurra en la población en que radique el Médico Oficial de la Compañía o en un lugar que esté a una distancia desde la que pueda llegarse ante éste haciendo uso de las vías normales de transporte, en dos horas o menos, a no ser que el Asegurado pueda demostrar que el trabajador no se presentó ante el Médico Oficial dentro del plazo indicado, por causa fortuita o de fuerza mayor.

La Compañía dejará de tener responsabilidad con respecto a la enfermedad de que se trate y sus consecuencias de cualquier índole, si el Asegurado no cumple con el requisito antes señalado.

c) Tanto en Accidente del Trabajo como en Enfermedades Profesionales, cesará la obligación de la Compañía con respecto al pago de indemnizaciones por incapacidad temporal, a partir del día que el médico Oficial declare al trabajador apto para reanudar sus labores o éste las reanude por sí mismo, independientemente de que se le haya dado de alta o no, sin que quede obligada la Compañía a pago alguno de indemnización, por incapacidad temporal durante el tiempo que transcurra desde la fecha en que sea declarado apto para su trabajo o éste reanude sus labores, hasta aquella en que se le cubra la indemnización de cualquier naturaleza, que se le adeude.

CLAUSULA No. 12 TERMINACION ANTICIPADA

La falta de pago de primas resultará en una cancelación automática del seguro bajo esta póliza, declaraciones inexactas o por agravación del riesgo y al cumplimiento de la edad máxima de permanencia en la póliza.

CLÁUSULA No. 13 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante:

- a) Suscribir la solicitud y remitirla a la Compañía juntamente con los Consentimientos de los integrantes del Grupo.
- b) Pagar a la Compañía el total de la prima de la Póliza, lo que implica también la recaudación del porcentaje con que, en su caso, contribuyan al pago los miembros del Grupo.
- c) Comunicar a las personas elegibles al seguro los criterios para fijar la Suma Asegurada y solicitarles que llenen el respectivo Consentimiento para el Seguro, así como de informar a los Asegurados sobre los aspectos que sean de su competencia y que le hayan sido notificados por la Compañía.
- d) Entregar los Certificados Individuales a los miembros del Grupo Asegurado.
- e) Dar a conocer al personal que se asegure la necesidad de declarar exactamente la edad y las consecuencias de no proporcionar la información correspondiente.
- f) Informar inmediatamente y por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos respectivos, en cuanto a:
 - 1) Los nuevos ingresos al Grupo.
 - 2) Las separaciones definitivas del Grupo.
 - 3) Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las Cláusulas de la Póliza.
 - 4) Propuestas de modificación de las Sumas Aseguradas, a reserva de lo que la Compañía decida al respecto.
- g) En caso de que el Contratante concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, deberá notificarlo inmediatamente a la Compañía y esta a su vez podrá rescindir el Contrato dentro de los treinta días (30) calendario siguientes a la fecha en que recibió la



notificación y sus obligaciones terminarán treinta días (30) calendario después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Compañía reembolsará a este la prima no devengada.

CLÁUSULA No. 14 PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

Presentar información falsa de los asegurados

- a) Efectuar cargos adicionales a los asegurados sobre la prima fijada
- b) No pagar en su debido momento, la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado
- c) Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Compañía y que pertenecen al Asegurado o a sus Beneficiarios

CLAUSULA No. 15 RENOVACIÓN

Este seguro podrá ser renovado por períodos de un (1) año, a solicitud del Asegurado dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia de cada período.

CLAUSULA No. 16 PRESCRIPCIÓN

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

El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que La Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro desde el día en que hayan llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

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

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 1133 del Código de Comercio.

CLAUSULA No. 17 CONTROVERSIAS

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

El sometimiento a uno de estos procedimientos, será cumplimiento obligatorio hasta obtener el laudo arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada según sea el caso, la comisión no podrá pronunciarse en caso de litigio salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLAUSULA No. 18 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a La Compañía, deberán hacerse por escrito a su domicilio social. Por su parte, las comunicaciones de La Compañía al Asegurado o al Contratante del seguro, las hará por escrito al último domicilio reportado por éstos.

CLAUSULA No. 19. TERRITORIALIDAD

Dentro del territorio nacional

CLAUSULA No. 20 EDAD

La edad del Asegurado se ha calculado según la fecha de nacimiento declarada en la solicitud de seguro. Si la edad no fuere correcta La Compañía podrá, a su opción, ajustar el producto a pagar sobre esta póliza al monto pagadero según la edad verdadera de acuerdo a las tarifas y edades de emisión vigentes al momento de la celebración del contrato y a la Modalidad de seguro Contratada.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse antes de efectuarse cualquier pago con motivo de esta Póliza. Si el Asegurado presentare en vida pruebas fehacientes de su edad, la Compañía lo anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad para hacer el pago.

- Edad Mínima de Ingreso: Quince (15) años
- Edad Máxima de Ingreso: Sesenta y cinco (65) años
- Edad Máxima de Permanencia: Setenta (70) años

CLAUSULA No.21 PERIODO DE GRACIA

Después de pagar la primera prima se concede, para el pago de las otras, un período de gracia de treinta (30) días, durante el cual no se cargan intereses y continúa la Póliza en vigor.

Si al terminar la prórroga, la prima no ha sido pagada, esta Póliza caducará sin necesidad de aviso o declaración especial.

Si durante el período de gracia ocurre la muerte del Asegurado, cualquier prima vencida y sin pagar será deducida de la Suma Asegurada.

CLAUSULA No.21 REHABILITACIÓN

Terminada la póliza por vencimiento de la vigencia correspondiente y mientras no hayan transcurrido los años de Cobertura establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Asegurado podrá rehabilitarla solicitándolo así por escrito a La Compañía.

Las condiciones mínimas para la rehabilitación que deberá cumplir en ese momento el Contratante son:

- a. Que los asegurados propuestos cumplan los requisitos de asegurabilidad que La Compañía establezca de acuerdo con sus normas y prácticas de suscripción y a satisfacción de la misma; y
- b. Hacer el pago de las primas adeudadas a la fecha de terminación y las necesarias para mantener la Póliza en vigor por un plazo de por lo menos dos (2) meses después de la fecha de la rehabilitación; y
- c. Acompañar a la solicitud con el original de la póliza que se solicita rehabilitar;
- d. Cumplir con cualquier otro requisito que señale La Compañía.

La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días calendarios para evaluar la solicitud de rehabilitación, contados a partir de la fecha en que el solicitante haya cumplido todos los requisitos que por escrito le haya exigido La Compañía a tal fin. Transcurrido dicho plazo sin que La Compañía haya dado respuesta a la solicitud, ésta se entenderá por rechazada.

La fecha efectiva de la rehabilitación será la que La Compañía estipule por escrito, pero en ningún caso se entenderá que la Póliza ha sido rehabilitada mientras no se le haya entregado la póliza rehabilitada al Asegurado en vida del o los asegurados y la(s) prima(s) de acuerdo a las nuevas Condiciones Particulares haya(n) sido pagada(s). A partir de la fecha de rehabilitación comenzarán a correr nuevamente los plazos y las convenciones contenidas en las Cláusulas 21. Indisputabilidad de las Condiciones Generales de esta póliza.

CLAUSULA No.22 INDISPUTABILIDAD

Este contrato se base en la solicitud del Asegurado y sus declaraciones complementarias y por consiguiente, cualquier dato inexacto u ocultado, que conocido por la Compañía la hubiera retraído a emitir esta Póliza o llevado a modificar su condiciones, producirá la

nulidad del Contrato; salvo que la Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifieste al Asegurado su deseo de impugnar el Contrato dentro de los primeros tres meses siguientes en que haya tenido tal conocimiento, Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éste hará a la Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

No obstante, esta Póliza será indisputable después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un período de dos años contados desde la fecha de emisión, excepto lo dispuesto en la cláusula sexta respecto a la declaración de edad.

En ningún caso la presente cláusula de indisputabilidad operará con referencia a cualquier anexo de la Póliza que ofrezca beneficios en caso de Incapacidad Total y Permanente o en el evento de muerte por medios accidentales.

CLAUSULA No. 23 OTRAS DISPOSICIONES

La Compañía no tendrá responsabilidad alguna:

- a) Cuando el riesgo cubierto por esta Póliza ocurra encontrándose el beneficiario en estado de embriaguez, o bajo la acción de algún narcótico o droga enervantes, aunque el patrono o su representante le hayan permitido al trabajador el ejercicio de sus funciones.
- b) Cuando el beneficiario se ocasione deliberadamente una incapacidad por sí solo o de acuerdo con otra persona. En este caso, la obligación cesará en el momento que se demuestre la culpabilidad.
- c) Cuando el riesgo se realice por causa de fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta toda fuerza de naturaleza tal, que no tenga relación alguna con el ejercicio de la profesión de que se trate y que no agrave simplemente los riesgos inherentes a la actividad a que se dedica el patrono.
- d) En los demás casos en que el patrono, en virtud de la ley, quede exento de responsabilidad por Riesgos profesionales.

CLAUSULA No. 24 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.

CLAUSULA No. 25 NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicada emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.