

SEGURO [	DE VIDA	INDIVIDUAI
----------	---------	------------

Super Seguro	
Prime Insurance	

CONTRA	TANT	<b>E</b> .													
Nombre, Razón o Denominación Social							Nombre Comercial			No. Identidad ó RTN					
Dirección	Dirección Completa								-						
	Dep	oartam	ento		1	Munici	oio	Telé	fono		Fax		Corre	o Electrónico	
Relación	con el A	Asegur	rado		Tipo de Empre	sa									$\dashv$
					Pública		Privada		Otra:						
Actividad	Econór	7	\				0		]			7			
Industrial			Comercial		Transporte		Construcción		Servicios F	Financier	os	Civil	$\square$		_
Otra Cual:							Modalidad del Seguro: Separado								
										Prim	era Muerte				
															_
ASEGU	IRADO	PRO	PUESTO												
	Prin	ner Ap	ellido		S	egund	o Apellido				Nombre		A	pellido de Casada	
															_
Lugar de	Nacimi	ento				Fech	a de Nacimiento			Edad		Nacionalida	ad		$\neg$
Pes	20		Estatura		Tipo de Identifi		Día Mes		Año						$\dashv$
Pes	50	+	⊏sidiufa		I Ipo de Identifi Identidad		: Pasaporte		Carné de F	Resident	a.	Otras:		Cual:	
No. De D	ocume	nto					de Expedición	<u>—</u>	_ Carrie de l	Coluctil	·			de Expedición	$\dashv$
														·	
G	énero		Estado Civi				Nombre o	omple	eto del Cóny	/uge					$\dashv$
Dirección	de Per	sidenc	ia												$\dashv$
Direccion	ue Ne	Sideric	ıa	J											
	Dej	partam	iento			Munici	pio	Telé	fono	С	elular		Corre	o Electrónico	=
Estatus:															
Asalariad	do		Estudiante		Pensionado		Nombre	del F	Patrono						
Independ	diente		Jubilado		Ama de Casa	a									$\dashv$
Rentista			Socio		Otro		Cual:								$\dashv$
Profesión	1			Ocu	pación			Posi	ición /Cargo	que des	empeña		Tiempo	o de Laborar	
Dirección	compl	eta de	la empresa	donde	e labora	Τ									-
	Do	nortom	anto			Munici	nio		Toláfono		Foy		Carro	o Floatránico	_
	De	partam	iento		<u> </u>	Munici	рю	$\vdash$	Teléfono Fax Correo Electr			o Electronico	$\dashv$		
Salario M	lensual	\$		1	* Otros Ingreso	os \$		1	* Detallar						=
Persona	de Con	tacto					Teléfonos			Sitio M	leh Empre	esa / Correo E	-lectrónic	20	$\dashv$
1 Croona	40 0011	taoto					Totolonoo		7	Oitio V	сь Етргс	.347 001100 1	_1001101110		$\neg$
DDIMAG															
PRIMAS	•												$\neg$		
Forma de P	Forma de Pago: Tarjeta de Crédito Anual Semestral Trimestral Mensual														
Prima Perió	_						iódica pagada con so								
		pagada	a con solicitud:				, 5, , , 2266		rima Extraordin	naria/Depós	sito:				
	Enviese toda correspondencia a: Dirección de trabajo Residencia														
Enviese los	CODLOS 9							■ Dire	cción de trabajo	v <b>L</b>				Resid	iencia
BENEFICIO	OS Ma	arcar 🗸	Opción Esco	gida					F	Marc	ar No	,	Suma /	Asegurada	
Suma Ase	gurada d	le Vida								31	INO				
Incapacidad Total y Permanente - Exoneración de pago de primas															
Seguro Contra Accidentes Incluye Lesiones Corporales															
Otros															
OTROS BENEFICIOS ADICIONALES															
			embolso de Pri	_											
Beneficio A	dicional (	Comple	mentario de Re	scate	(BCR) A falta	de pag	o de prima autorizo d	descue	nto	$\neg$					
automático	, si hay fo	ondos, p	para pagar prim	as de	esta póliza.										

BENEFICIARIOS PRINCIPALES										
N	lombre completo			Parentesco Edad				Porcentaje		
				+				_		
				+						
						1				
ENEFICIARIOS CONTINGENTES										
N	lombre completo				Parentesco	Edad	Porcen	taje		
								_		
ualquier beneficio que corresponda a un menor d	o odad so ontrogará (	2.			ļ					
como Contigente:	e edad se entregara a	ı. <u>L</u>						_		
iien ha sido instruido(a) sobre la forma en que deb ENE POLIZA DE SEGURO DE: Vida ☐ Si ☐						□ SI□ NO En ca	so afirmativo	deta		
COMPAÑÍA		NO EMISIÓN	SUMA ASEGURADA	Gaolos	MUERTE ACCIDENTAL		SI ES REEMPL			
								_		
OMPLETAR AUNQUE SE REALICE EXAMEN N	ÉDICO		ı	l						
eclaraciones que el Asegurado hace y form egún su leal saber y entender algunos de lo ue aplique a las respuestas afirmativas) Da n la parte inferior de la página.	na parte de la solici s Asegurados prop	uestos ha int	formado que ha tenido, cua							
							Asegi Propi			
							SI	N		
Tiene usted algún menoscabo de la vista u oido?	le les Seferments les les éculis	d (0b l- f-						H		
¿Según su leal saber y entender ? ha tenido alguna vez o se a. ¿Presión Arterial elevada, soplos, enfermedad del corazó	n, dolor alrededor del cora			uier transtori	no cardiaco,		+	$\vdash$		
enfermedad de las arterias coronarias, enfermedades va b. ¿Cáncer, leucemia, linfoma, melanoma, tumor benigno o m		clase de crecimie	nto en próstata, sistema genitourinario	, pie <b>l</b> , mama	s, colon y/o de cualquier otro orig	gen?		$\vdash$		
C. ¿Pleuresía, tuberculosis, esputos sanguineos, asma, fiebre						,				
<ul> <li>d. ¿Ataque o transtornos cerebrovascular, parálisis, epilepsia, de Parkinson y/o cualquier otro transtorno mental o nervici</li> </ul>	convulsiones, desmayos, m so?	areos, tensión o p	ostración nerviosa, depresión, enferme	dad de Altzn	eirner, esclerósis múltiple, enferm	edad		L		
e. ¿Fiebre reumática, reumatismo, fiebre inexplicable, artritis, de peso sin motivo, frecuentes sudores nocturnos e inflama			no de la espalda, columna vertebral, hu	esos, articu <b>l</b> a	aciones, rodi <b>ll</b> as o músculos? ¿Pé	rdida				
f. ¿Diabetes, glicemia elevada, azúcar en la orina, bocio, pro								L		
g. ¿Molestia estomacal, diarreas de larga duración, transtorn presento). colitis. diverticulosis, pólipos, molestias del recto	y/o cualquier otra molestia	gastrointestinal?						L		
<ul> <li>h. ¿Nefritis, Albúmina en orina, sangre oculta en orina, cálcul enfermedades de transmisión sexual?</li> </ul>				róstata, testi	culos o conductos genitourinarios	s, y/o		L		
<ul> <li>i. ¿Electrocardiogramas, exámenes de rayos x, tratamientos</li> <li>j. ¿según su leal saber o entender padece usted ahora algún</li> </ul>	<u>_</u>			anstorno de	la coagulación de la sangre, Aner	mia	-	├		
falciforme, portadora? ¿Ha donado o recibido transfusiones  k. ¿Ha recibido Ud. exámenes físicos o chequeos periódicos		ón en alguna Clín	ica o ha recihido o ha sido aconseiad	lo tratamient	o médico o quirúrgico, o alguna		+	├		
prueba de diagnóstico que no ha llevado acabo, o ha estar ¿ Tiene alguna operación programada para dentro de los pró	do recluido en algún hospita	l fuera de lo decla		io tratamioni	o moundo o quirurgido, o diguna			$\vdash$		
Dé fecha, nombre del cirujano y tipo de operación							-	⊬		
¿Ha fumado alguna vez pipa, cigarrillo o utilizado tabaco en a) ¿Cuantos cigarrillos o productos de tabaco fuma o utiliza										
b) Si dejó de fumar o utilizar productos de tabaco, ¿Hace cu	uánto tiempo?							$\sqsubseteq$		
¿Ingiere licor?  a. ¿Con qué frecuencia? Diariament	e Sen	analmente	Mensualmente					⊢		
b. ¿Cuantos vasos o copas ingiere?										
c. ¿Ha recibido tratamiento debido al uso de licor, drogas o na Se le ha efetuado la prueba de SIDA, ¿Dónde? ¿Porqué? o		es.						$\vdash$		
PARA MUJERES: Según su leal saber y entender	,									
a. ¿Está Ud. embarazada? si es así ¿para cuando espera dar s     b. ¿Ha presentado alguna complicación en su(s) embarazo(s)		narto nor cesarea	7				-	⊢		
c. De ser asi, ha habido algún embarazo sin complicaciones d								$\vdash$		
d. Se ha realizado frotis cervical o papanicolau?		d 0:1:4 -1td	- detelle le serve e disenséeties					$\sqsubseteq$		
e. Detalle la fecha y el resultado del último frotis cervical o pa     f. Si el frotis cervical o papanicolau salió alterado, detalle que	<u></u>		•				+	$\vdash$		
g.¿Ha tenido alguna vez algún tumor maligno o benigno, quis	ste, o crecimiento de cualqu	ier tipo o enfermed	dad de las mamas, trompas, ovarios o	útero? De d	eta <b>ll</b> es			Г		
gunta No. Nombre de la Persona	Fecha Exacta		Detalles o Razones		Nombre Complet	to y Dirección del N	∕lédico u Ho	spita		
								_		
								_		
								_		
ETALLE DE HISTORIA FAMILIAR: Escriba en el cuadro ido diagnósticos, gravedad, sintomas, resultados de enfermed PARENTESCO EDAD SI	lad del corazón, diabetes n		mores de cualquier tipo, enfermedad	cerebrovaso		dad de la sangre o cualqu				

	STIONARIO I ¿Tiene licencia En caso afirm	a de piloto? Si e	s afirmativo, indique fecha de expe mpletar el cuestionario:	odición. ¿Ha piloteado o piensa	pilotear alguna aeronave o	o viaja en aviones que no sear	n de líneas comerciales autorizadas?
2.	¿Maneja Mo		S	í No			
3.	¿Práctica alg	gún deporte? Si	es afirmativo indique cual (es)				
4.	¿Participa o p	olanea participar	en carreras de automóviles, motoc	cicletas, paracaidismo, buceo, o	cualquier otra actividad o o	deporte arriesgado? Si es afirm	nativo completar el formulario especial.
5.			á participando o sospecha que in o blanqueo de dinero o capitales			en asocio con otras persona	as en actividades ilícitas o Sí  No  DETALLAR
6.	¿Ha sido uste amenazas(o	ed o alguno de de intentos) de	sus familiares cercanos o amigo e violencia física o de secuestro?	o(a)s de su círculo íntimo o so ? Sí ☐ NO ☐ DETALLAR	ocio(a)s de negocios o pe	ersonas con las que mantier	ne relaciones de negocios, objeto de
7.		azado, deferido, dique compañía	modificado, cancelado en trámite o fecha y causa	alguna vez el seguro de vida, o	contra accidentes, hospitali:	zación y gastos médicos?	Sí No DETALLAR En caso
8.	¿Está pendie	nte alguna solic	tud o rehabilitación de seguro de v	vida, contra accidentes o enferr	nedades en alguna otra co	ompañía? Sí No DETA	ALLAR En caso afirmativo, de detallles
9.	¿Médico que	e visitó la última	vez? (Nombre, teléfono y direcció	n) - Motivo de la visita			
1)	Que todas las o	declaraciones con	un seguro de vida como se indica tenidas en este formulario de solicitud,	así como las hechas al Médico Ex	aminador en el exámen médi		
2)	Que no se ha solicitud; (2) ( la primera prir Compañía y e al pago puntu	in ocultado detalle Que si se emitiera ma: (3) Que en ca il solicitante, la Pó al de mis obligaci	s relacionados con el estado de salud Poliza, ésta no entrará en vigor hasta so que se emita Póliza en virtud de est liza será el Contratante; (4) Que en ca ones crediticias.	del asegurado propuesto y convenç tanto no le haya sido entregada al a solicitud, las declaraciones y resp so que se emita Póliza en virtud de	go (1) En que la Compañía di Contratante mientras se encu puestas contenidas aquí y en esta solicitud mis ingresos p	spondrá de treinta (30) días para lentre en vida el Asegurado y hay: el formulario del examen médico or mi trabajo o mi participación er	considerar y dar curso a la presente a sido cubierta forman parte del contrato entre la n negocios me permiten hacer frente
3)	requisitos de a Que esta solid	asegurabilidad es citud tendrá un pe	es anteriores y especialmente con la pi e consideran por esta Compañía como ablecidos por la Compañía. iodo de vigencia de noventa (90) días a se tendrá por declinada retroactivam	a partir de la fecha en que se firmó			ma asegurada en la solicitud, además urado Propuesto se someterá a los a compañía noticia por escrito con
eco extinallo accessum lo co El se que Tan rio, quie me Feci Pon	nómicos que manjeras, y a cieccimiento, a su impañando foto ninistros y trata que relevo y libuuministro de la se presente u abién autorizo mi situación finer comunicación cionado corredinado en filitamos el femos a su dicargo Autom	antengan o mane ualquier person u ualquier person u requerimiento o copia de este umientos y atencero a todas esas a información ar na vez emitida la al corredor de anciera, para qui o notificación qui or de seguro.	ejen datos de historial de crédito, patra a que por cualquier razón la pose y tantas veces como lo estime nec documento, toda la información y ciones médicas y hospitalarias; y b) s personas de toda responsabilidad iba mencionada es esencial para da póliza. seguros designado en esta solicitus e se le haga y entregue cualquier no e se le tenga que hacer, de acuerdo	conos, empresas u oficinas o instita, a, para que suministren y reve esario sin que se le pueda exigadocumentación que posea en el mi situación financiera o econó dique se le pueda atribuir por si que MAPFRE HONDURAS. Pu	uciones o asociaciones púb len y entreguen a MAPFi ir el cumplimiento de otra el presente o que reciba el uministrar y revelar y entre eda hacer una justa valora ualquier información sobre ación al resultado de la eva el la póliza, una vez emitida, el ma que garantice la c tarjeta, o de acuerdo a	licas o privadas y funcionarios o RE HONDURAS. Durante mi formalidad que no sea el que n el futuro sobre: a) el estado s experiencias comerciales y p gar dicha información y docur ación de la solicitud de seguro mi estado de salud, resultados luación de esta solicitud de seguis es el caso, y/o por disposición de obertura de sus pólizas, u a la forma de pago contra	y de cualquier reclamación futura de exámenes médicos o de laborato- uro. El Contratante autoriza que cual- de la Ley, se le haga y entregue al  mediante: atada en la póliza,
2. E	xtra financia	amiento. Si er	es tarjetahabiente de Credor	matic o Banco Promerica,		0% de intereses, con plaz	cos hasta de 12 meses.  entes con su proveedor de tarjetas.
_		Firma del Aseç	jurado Propuesto				/ Representante Legal
Cédi	ıla:	REFERENCIA	A-ASEGURADO		Cedula	:REFERENCIA-ASEGURA	ADO
_		Nombre	y Apellidos	_		Nombre y Apellidos	-
		(	édula	_		Cédula	
-		Direc	ción completa	_		Dirección comple	ta
_	Tel	éfono	Fax			eléfono	Fax
2) In ¿A quad 3) P a b c c d e f)	Conocido er gresos anuales sé se dedica la ara las siguient ) ¿Es miembro d ) ¿Dificultades do ¿Sospecha con ) ¿Ha participad ) ¿Ha sido víctin ¿Ha estado pro ) ¿Alguna circun	n el trámite de la del Asegurado F empresa donde l es preguntas res el gobierno, elegid omésticas persona i vínculos con el na o alguna vez en ali ma de amenazas, i eso(a) alguna vez l istancia desfavoral	escoja uno); Bien, por venta. ropuesto: US\$ rabaja? pecto al solicitante; Tiene usted cono o nombrado, activo en alguna forma en es o financieras? rcotráfico o lavado de dinero, o enriquecio pún pleito o riña armada, asaltos; tiene en ntentos de asesinato o secuestro? por delitos comunes o por política?	Año previo US\$  ocimiento de; Si la respuesta es " la política local o nacional? imiento de procedencia dudosa? nemistades?	sualmente, por Profesión: Si" de detalles en el espaciono de vida que pueda afectar la	años Pare ¿Qué tipo pindicado Sí No DETAL  ———————————————————————————————————	ntesco (Tipo):) o de trabajo realiza?
	rma del Corredo		o bosodor Hasildal, o Ha 65lado di	guna vez nospitalizado(a) por alcono  Asesor No.:		an admond:	

### **CONDICIONES**

MAPFRE, sociedad anónima constituída de acuerdo a las Leyes de la República de Honduras, inscrita en el Registro Público de Comercio bajo el número 168 Folios 426 al 437 Tomo 14 del Libro de Comerciantes Sociales del Departamento de Francisco Morazán, en adelante "MAPFRE", en consideración al pago de la prima convenida y el CONTRATANTE - de acuerdo a las declaraciones hechas en la solicitud de póliza de seguro correspondiente, a los informes y exámenes médicos y cualquier otra información solicitada y entregada para cada uno de los propuestos Asegurados nombrados en dicha solicitud de póliza de seguros - han convenido en celebar el presente Contrato de Seguro de Vida, sujeto a lo estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza y a los términos y condiciones que a continuación se detallan

### CONDICIONES GENERALES

La Solicitud, las Condiciones Particulares, Generales y Especiales, las Condiciones de los Beneficios Adicionales, Exámenes Médicos, las declaraciones y las modificaciones que se agreguen, constituyen e contrato de seguro o póliza entre MAPFRE y el Contratante.

### CONTRATANTE

. al o jurídica que, como contraparte de MAPFRE, contrata la Póliza y es responsable de er el pago de la(s) pr

Contratante pagará a MAPFRE, en la "Fecha de Emisión" y en la "Fecha de Renovación", la prima mpleta acordada de acuerdo a la forma y frecuencia de pago elegida hasta el fallecimiento del Contratante hasta por el número de años indicado en las Condiciones Particulares de esta Póliza, lo que ocurra

El Contratante gozará de un período de treinta (30) días posteriores a la Fecha de Emisión o de sus modificaciones, para pedir rectificaciones, después de los cuales se entenderán aceptadas las Condiciones Particulares, Generales y cualquier Beneficio Adicional que se haya contratado en esta póliza.

ASEGURADO(S)
Persona(s) natural(es) sobre cuya(s) vida(s) se contrata el seguro de vida de acuerdo a las estipide la póliza y que aparece(n) designada(s) como tal(es) en las Condiciones Particulares.

- E.MODALIDADES DEL SEGURO:

  Es el esquema de cobertura de seguro de vida de la póliza y el mismo se estipula en las Condiciones 
  Particulares de la Póliza y puede ser de dos tipos:

  ESCURO SEPARADO: cobertura de seguro sobre la vida de uno o más asegurados y en donde la 
  Suma Asegurada de vida se paga al fallecimiento de cada asegurado vigente en la póliza y siempre 
  y cuando la póliza se encuentre en vigor.

  ESCURO A PRIMERA MUERTE: Cobertura de seguro sobre la vida de dos o más asegurados y en 
  donde la suma asegurada se paga UNA SOLA VEZ y al ocurrir el primer fallecimiento de alguno de 
  los asegurados vigentes en la póliza mientras la póliza esta en vigor. Al primer fallecimiento 
  MAPFRE pagará la Suma Asegurada y la póliza termina.

### 4. BENEFICIARIO

EFICIARIO

Bajo la Modalidad de Seguro Separado

Se denominará Beneficiario a la persona nombrada para cada asegurado vigente, quien recibirá el producto del seguro de vida en caso de su muerte.

Bajo esta modalidad el Contratante o cada asegurado, individualmente y por separado si así fuere autorizado por el Contratante, serán las únicas personas facultadas para designar a el o los beneficiarios de la cobertura de seguro de vida contratada sobre su vida, así como también para

hacer cambios a dicha designación. Bajo la Modalidad de Seguro a Primera Muerte

bajo la mudanidad ue segurio a r-iminera muente de la contratante de la póliza para recibir el producto del seguro de vida en caso de muerte de cualquiera de los asegurados. Bajo esta modalidad el Contratante es la única persona que puede designar a él o los beneficiarios de la póliza, como también para hacer cambios a dicha designación.

El Asegurado, o el Contratante de acuerdo a la Modalidad del Seguro bajo la cual es contratada, designará a los beneficiarios de esta póliza nombrando Primeros Beneficiarios quienes recibirán el importe del seguro por partes iguales, a menos que se estipule otra cosa. Además de los Primeros Beneficiarios, podrán nombrarse Beneficiarios Contingentes quienes recibirán el producto de la póliza en defecto de los Primeros Beneficiarios. A menos que otra cosa haya sido especificamente acordada, para el pago del beneficio se observarán las siguientes reglas:

era antes o simultáneamente con el asegurado, el beneficio se pagará a la sucesión de dicho beneficiario

Cuando existan varios Beneficiarios designados y uno muera antes o simultáneamente con el Asegura sus herederos recibirán la cuota parte que le corresponda a dicho beneficiario. Cualquier cambio beneficiario solamente será efectivo cuando sea aceptado y registrado por MAPFRE a su en satisfacción, y MAPFRE no será responsable por pago realizado, o acción tomada antes de la efectividad dicho cambio.

5. BENEFICIO POR FALLECIMIENTO
MAPFRE pagará, de acuerdo a la Modalidad de Seguro establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, la Suma Asegurada de Vida "Del Asegurado" o "De la Póliza" según sea el caso - excepto por lo dispuesto en la <u>Cláusula 11. SUICIDIO Y SIDA</u> de estas Condiciones Generales - y siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente y previa la entrega de la presente póliza y la presentación de pruebas fehacientes tanto del hecho como de la causa del fallecimiento del Asegurado correspondiente y de los derechos del reclamante.

Esta póliza admite contratar UNA Y SOLO UNA de las Modalidades de Seguro. En este sentido el Beneficio por Fallecimiento se pagará de la siguiente forma

- En los casos en que la modalidad del seguro sea SEGURO SEPARADO, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, MAPFRE pagará al Beneficiario del Asegurado Vigente la "Suma Asegurada de Vida del Asegurado" en cuestión si el mismo fallecione mientras la Póliza se encuentre vigente, previa la entrega de la presente póliza y la presentación de pruebas fehacientes tanto del hecho como de la causa del fallecimiento del Asegurado y de los derechos del reclamante
- En los casos en que la modalidad del seguro sea SEGURO A PRIMERA MUERTE, MAPFRE pagará UNA SOLA VEZ al Beneficiario de la póliza la "Suma Asegurada de Vida de la Póliza" en el momento en que ocurra al menos el primer fallecimiento de alguno de los asegurados vigentes mientras la Póliza se encuentre en vigor y previa la entrega de la presente póliza y la presentación de pruebas fehacientes tanto del hecho como de la causa del fallecimiento del (de los) Asegurado(s) y de los derechos del reclamante. Se entenderá que la póliza habrá terminado en el momento en que la primera muerte ocurre, causando el pago de la indemnización correspondiente al Beneficiario designado. b)

# 6. COMUNICACIONES

6. COMUNICACIONES
Las comunicaciones con MAPFRE deberán ser entregadas en sus oficinas principales en la Ciudad de Tegucigalpa. Cualquier notificación que MAPFRE deba hacer por razón de esta póliza se hará directamente al Contratante mediante correo certificado a la última dirección postal establecida en la póliza, o en su defecto entrega general del domicilio correspondiente o mediante su entrega a quien se encuentre en la dirección física del contratante consignada en la póliza.

# 7. CONTROL

nombrado en esta póliza, es propietario de todos los derechos contenidos en esta póliza cedidos específicamente a otra persona.

alquier cambio de Contratante solamente será efectivo cuando sea aceptado y registrado por MAPFR: satisfacción y MAPFRE no será responsable por pagos realizados o acciones tomadas antes de ctividad de dicho cambio.

MAPFRE no le será oponible cesión alguna de cualquiera de los derechos provenientes de esta póliza sta que tal cesión haya sido aceptada y registrada a su entera satisfacción. MAPFRE no asume sponsabilidad por la validez o importe de cualquier Cesión. El interés del Beneficiario estará sujeto a los rechos cedidos a su cesionario.

# 9. PAGO DE BENEFICIOS

El beneficio de esta póliza está sujeto a satisfacer primero los préstamos y deudas vigentes con MAPFRE y el interés de cualquier Cesionario registrado. En caso de muerte, el remanente será pagado a los beneficiarios nombrados según la cláusula <u>4.Beneficiario.</u>

MAPFRE gozará del plazo al efecto estipulado en la Ley, para hacer efectivo cualquier beneficio de

# 10. DISPUTABILIDAD

iza no será disputable, una vez iniciada la vigencia de la póliza o a partir de su fecha

- valueze de esta polízia i lo será disputado, una vez iniciada la vigencia de la polízia de ala polízia.

  Los casos de FRAUDE en perjuicio de MAPFRE mediante declaraciones falsas hechas por el Contratante o el (o los) Asegurado(s) o por su representante en la solicitud de la pólizia; o Por Falta de Pago en las primas acordadas; o Con respecto a cualquiera de los Beneficios Adicionales;

# 11. SUICIDIO Y SIDA

EDIO Y SIDA
En caso de que el(los) Asegurado(s), en su sano juicio o no, se cause(n) la muerte a si mismos (suicidio) dentro de los veinticuatro (24) primeros meses de vigencia de la póliza, transcurridos durante la vida del Asegurado contados a partir de la fecha de emisión de la misma o fecha de rehabilitación, su fallecimiento solo dará derecho a los beneficiarios correspondientes a exigir a MAPFRE con base en esta póliza, el pago de una suma igual al importe de las primas pagadas por la(s) obertura(s) de seguro de dicho asegurado contratadas bajo esta póliza, independientemente de la Modalidad de seguro contratada.

Si el fallecimiento del(de los) Asegurado(s) dentro de los dos(2) primeros años de vigencia de la póliza, contados a partir de la fecha de emisión de la misma o fecha de rehabilitación, resulta o es poliza, contados a partir de la techa de emision de la misma o techa de rehabilitacion, resulta o es consecuencia directa o indirecta de Infección o neoplasma maligno y siempre que al momento de su muerte haya presente Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV), su(s) fallecimiento(s) solo dará derecho a los beneficiarios correspondientes a exigir a MAPFRE con base en esta póliza, el pago de una suma igual al importe de las primas pagadas por la(s) cobertura(s) de seguro de dicho asegurado contratadas bajo esta póliza, independientemente de la Modalidad de seguro contratada.

### 12. EDAD

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

### 13. PRIMAS

uencia de la prima periódica acordada se muestra en las Condiciones Particulares de esta póliza

Todas las primas posteriores a la primera serán pagaderas directamente a MAPFRE, en efectivo y por adelantado en las fechas de renovación y hasta por la Cantidad de Años de Pagos de Primas que se estipula en las Condiciones Particulares de la Póliza, a cambio de un recibo oficial que expedirá MAPFRE.

La prima periódica podrá variar de acuerdo a la Forma y Frecuencia de Pago establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza o cuando se hagan modificaciones sobre alguna cobertura o algún parámetro de los descritos en las Condiciones Particulares de la póliza y que sean realizadas con posterioridad a la fecha de emisión de la misma y solicitadas por escrito a MAPFRE por el CONTRATANTE de acuerdo a lo dispuesto en la Cláusula <u>6. COMUNICACIONES.</u>

Una vez que haya transcurrido el periodo de pago de primas estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza y las primas correspondientes hayan sido pagadas, MAPFRE garantiza que la cobertura de seguro de vida a término continuará hasta que hayan transcurrido los Años de Cobertura estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza. En este caso no aplicará ninguna solicitud de cancelación temprana de la póliza por parte del Contratante, ya que se considera que la cobertura de seguro a término ha sido pagada en su totalidad por la cantidad de años de cobertura contratados originalmente.

Si el numero de años de pago de primas fuere menor al número de años de cobertura estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza y el Contratante dejara de cubrir el compromiso regular de pago de primas acordado antes de que transcurra en su totalidad el periodo de años de pago de primas establecido en las Condiciones Particulares, esta póliza establece que MAPFRE recalculará de forma automática los Años de Cobertura de la Póliza para los que alcanzare cubrir los pagos de primas que se hayan realizado. MAPFRE enviará la notificación de dicho cambio según los medios dispuestos en este contrato al Contratante o a su Corredor si para tal efecto hubiese sido designado en la solicitud de seguros. En este caso se entenderá que la póliza no recibirá pagos posteriores de prima y que la cobertura de seguro de vida a término se extenderá solo por la nueva cantidad de años de cobertura que se haya recalculado.

14. VIGENCIA

Esta póliza no será efectiva si no hasta que haya sido entregada al contratante y la primera prima haya sido pagada a MAPFRE.

El periodo de Vigencia de la póliza corresponde al de la frecuencia de pago seleccionada por el Contratante en la solicitud de seguro y estará sujeta al pago por adelantado de la prima que corresponda a dicha frecuencia de pago seleccionada, excepto en los casos en que hayan transcurrido la cantidad de Años de pagos de Primas que se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza, en cuyo caso la póliza estará vigente – sin necesidad de pagos adicionales a prima, hasta la fecha de expiración de acuerdo a los Años de Cobertura que aparecen estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza.

La póliza se renovará automáticamente según su vigencia por igual periodo hasta que haya transcurrido la cantidad de Años de Cobertura que aparece en las Condiciones Particulares de esta póliza y cada vez que se pague en su totalidad y por adelantado la prima según la frecuencia y los Años de Pago de Primas convenidos en cada fecha de renovación de acuerdo a la Cobertura de la Póliza. Sin embargo, si el asegurado paga su prima dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento del pago de su prima, tendrá derecho a la renovación automática de su póliza.

15. CAMBIO
A solicitud del Contratante, hasta la edad de 65 años, esta póliza puede ser cambiada a un plan de seguro de vida entera que MAPFRE ofrezca dentro de su cartera sujeto a la aprobación y requisitos que esta última

- 16. REHABILITACION

  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 Contratante podrá rehabilitarla solicitándolo así por escrito a MAPFRE.

  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 MAPFRE 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
- Acompañar a la solicitud con el original de la póliza que se solicita rehabilitar; y Cumplir con cualquier otro requisito que señalare MAPFRE.

MAPFRE 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 MAPFRE a tal fin. Transcurrido dicho plazo sin que MAPFRE haya dado respuesta a la solicitud, ésta se entenderá por rechazada.

La fecha efectiva de la rehabilitación será la que MAPFRE 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 CONTRATANTE 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 10. DISPUTABILIDAD y 11. SUICIDIO Y SIDA de las Condiciones Generales de esta póliza.

17.Cláusula 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 de arbitraje de conformidad al Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa.

# 18. FRAUDE

18. FRAUDE

Para efectos de esta póliza se entenderá que ha habido FRAUDE en perjuicio de MAPFRE cuando el asegurado o el contratante o el representante legal de cualquiera de ellos – según sea el caso, hayan hecho declaraciones falsas o inexactas de hechos o circunstancias conocidas por ellos como tales que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones de la póliza.

Tales hechos o circunstancias serán consideradas como conocidas por el asegurado o el contratante o el representante legal de cualquiera de ellos, cuando, a través de cualquiera de los medios de prueba aceptados por la Ley - documento público o privado, testimonio, opinión médica, criterio médico-académico, o informe pericial, u otro de naturaleza análoga, se evidencie que el asegurado o el contratante o el representante legal de cualquiera de ellos – según sea el caso, tenían conocimiento de tales hechos o circunstancias con anterioridad a la fecha de efectividad de la Póliza, o de que los mismos se habían manifestado en el asegurado antes de esta fecha.

# 19.OPCIONES DE LIQUIDACIÓN

- 19.OPCIONES DE LIQUIDACIÓN

  El CONTRATANTE o la persona que legalmente le corresponda, previa solicitud por escrito, tendrá derecho a optar a que las cantidades que MAPFRE deba pagar por razón de esta Póliza, le sean liquidadas en cualquiera de las formas siguientes:

  a) Mediante una serie de pagos mensuales iguales por el tiempo específicamente definido, de acuerdo con la opción "A" de la Tabla de Opciones de Liquidación adjunta, empezando el primer pago en la fecha en que deba efectuarse el pago de esta Póliza,

  b) Mediante una serie de pagos mensuales iguales por el tiempo específicamente definido, luego del cual, MAPFRE continuará pagando una suma determinada mientras viva el Beneficiario de tales pagos. El monto de los pagos se establecerá según la edad y sexo de la persona beneficiaria de acuerdo con la opción "B" de la Tabla de Opciones de Liquidación adjunta, empezando el primer pago en la fecha en que deba efectuarse el pago de esta Póliza,

  c) Mediante una serie de pagos mensuales iguales mientras viva el Beneficiario de tales pagos. El monto de los pagos se establecerá según la edad y sexo de la persona beneficiaria de acuerdo con la opción "C" de la Tabla de Opciones de Liquidación adjunta, empezando el primer pago en la fecha en que deba efectuarse el pago de esta Póliza,

  d) Mediante una serie temporal de pagos mensuales, Renta Temporal, en el Monto y hasta por el periodo máximo de tiempo que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza para algún Beneficio Adicional cuya indemnización deba ser pagada por MAPFRE en esta forma.

  e) Por algún otro convenio especial celebrado con MAPFRE.
- d)

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

En testimonio de todo lo anterior, MAPFRE expide la Póliza de la cual forman parte estas Condiciones Generales, las Especiales, los Endosos las Tablas correspondientes y los Beneficios Adicionales, si los hubiere, todas identificadas con el número indicado al margen inferior, en la Ciudad de Tegucigalpa, República de Honduras, en la Fecha de Emisión indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.