

**SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES  
PERSONALES INDIVIDUAL**
**I.- DATOS GENERALES**

|  |                                    |  |   |                                       |
|--|------------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| Primer Apellido  | Segundo Apellido                   | Primer Nombre  | Segundo Nombre                                      | Apellido de casada                    |
| Lugar de Nacimiento:   |                                    | Fecha de Nacimiento<br>Día: Mes: Año:  |   | Edad:                                 |
| Nacionalidad:  |                                    | Número de identidad  |   | Numero de RTN:                        |
| Tipo de identificación   |                                    |  |   |                                       |
| Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>  | Pasaporte <input type="checkbox"/> | Carné de residente <input type="checkbox"/>  |   |                                       |
| Es Zurdo?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |                                    | Maneja Avión: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |   | Deportes que Practica:                |
| Sexo<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>  |                                    | Estado Civil<br>S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>   |   | Nombre completo del cónyuge o Pareja: |
| Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:  |                                    |  |   |                                       |
| Teléfono de Residencia:  |                                    | Teléfono Celular:  |   | Fax No.:                              |
| Correo electrónico:  |                                    |  | Profesión, ocupación, oficio o actividad económica: |                                       |
| Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):   |                                    |  |   |                                       |
| Nombre de la empresa donde labora:   |                                    | Posición /Cargo que desempeña:   |   | Tiempo de laborar en la empresa:      |
| Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:   |                                    |  |   |                                       |
| Teléfono del trabajo:  | Fax No.:                           | Correo electrónico:  |   | Sitio web:                            |
| Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:  |                                    | Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.:  |   |                                       |
|  |                                    | De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/><br>De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/> |   |                                       |
| Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?  |                                    |  |   |                                       |
| Realiza usted Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS. |                                    |  |   |                                       |
| Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?   |                                    |  |   |                                       |

**II.- DIRECCIÓN DE COBRO**

 Los cobros se realizaran en: Domicilio  Lugar de trabajo 

|                  |                    |              |              |
|------------------|--------------------|--------------|--------------|
| Barrio o Colonia | Calle o Avenida    | Bloque       |              |
| Casa No.         | Ciudad o Municipio | Departamento |              |
| Otra Referencia  |                    |              |              |
| Teléfono         | Fax No.            | E-Mail       | Apdo. Postal |

**III.- VIGENCIA**

Duración: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a las 12:00m Hasta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a las 12:00m

**IV.- BENEFICIARIOS O ACREEDORES (anotar nombre completo, en letra molde)**

**1.- PRINCIPALES**

| No | Nombre Completo | Tipo y Número de Identificación | Dirección de Domicilio | Nacionalidad | Teléfono | Parentesco | Porcentaje |
|----|-----------------|---------------------------------|------------------------|--------------|----------|------------|------------|
| 1  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |
| 2  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |
| 3  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |
| 4  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |
| 5  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |

**2.- DE CONTINGENCIA (EN CASO DE NO EXISTIR A MI FALLECIMIENTO LOS BENEFICIARIOS PRINCIPALES)**

| No | Nombre Completo | Tipo y Numero de Identificación | Dirección de Domicilio | Nacionalidad | Teléfono | Parentesco | Porcentaje |
|----|-----------------|---------------------------------|------------------------|--------------|----------|------------|------------|
| 1  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |
| 2  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |
| 3  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |

**3.- TUTOR DE BENEFICIARIOS MENORES DE 21 AÑOS**

| No | Nombre Completo | Tipo y Número de Identificación | Dirección de Domicilio | Nacionalidad | Teléfono | Parentesco | Porcentaje |
|----|-----------------|---------------------------------|------------------------|--------------|----------|------------|------------|
| 1  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |
| 2  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |
| 3  |                 |                                 |                        |              |          |            |            |

**V.- COBERTURA Y CALCULO DE PRIMA**

MONEDA: LPS:

US\$:

| No. | Coberturas                                       | Suma Asegurada               | Prima Neta |
|-----|--|------------------------------|------------|
| 1   | Muerte Accidental                                |                              |            |
| 2   | Incapacidad Total y Permanente                   |                              |            |
| 3   | Incapacidad Temporal                             |                              |            |
| 4   | Reembolso de gastos médicos por causa accidental |                              |            |
|     |  | <b>Total Suma a Asegurar</b> |            |
|     |  | <b>Prima Neta</b>            |            |
|     |  | <b>Gastos de Emisión</b>     |            |
|     |  | <b>Prima Anual</b>           |            |

**VI.- FORMA DE PAGO**

Anua:

Semestral:

Trimestral:

Otros:  Especifique:

**VII.- INFORMACION ADICIONAL**

a) Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)

b) Las personas aquí descritas están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? Cuando? Suma Asegurada?, Con qué Compañía

SI  NO

c) Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones

SI  NO

especiales? Explique:

d) Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años?  NO  A cuanto ascendió la pérdida?, Causas?

|   |                             |                             |                    |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| e) Se dedica a operaciones especulativas o ilícitas | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Detalle:           |
| f) Ha estado alguna vez sujeto a proceso judiciales | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Detalle            |
| g) Si es comerciante,<br>Detalle                    |                             |                             |                    |
| h) Viaja Constantemente                             | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Con que Frecuencia |
| i) Viaja en Avión                                   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Tipo de Avión      |

| <b>Riesgos Especiales</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|---|-----------|-----------|
| a) Practica Fútbol, béisbol, baloncesto, esquí acuático, polo, pesca, rodeo, rugby, boxeo |           |           |
| b) Viaja en aeronaves privadas  |           |           |
| c) Conduce motonetas, motocicleta acuática  |           |           |
| <b>Estado de Salud</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| a) ¿Se encuentra usted perfectamente sano?  |           |           |
| b) ¿Ha sufrido algún accidente de consecuencias graves?                                   |           |           |
| <b>¿Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves tales como:</b>                | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| a) Ataques, convulsiones, ceguera total o parcial.  |           |           |
| b) Enfermedades del corazón, epilepsia, parálisis del riñón.                              |           |           |
| c) Sordera, sordomudo, tuberculosis, o sífilis.   |           |           |
| d) Tiene mutilaciones, deformaciones o defectos físicos.                                  |           |           |
| e) Anemia perniciosa, aneurismas, angina de pecho.  |           |           |
| f) Apoplejía, arteriosclerosis, ataxia locomotriz, bocio tóxico.                          |           |           |
| g) Cáncer y tumores malignos, diabetes, drogas (efecto de drogas).                        |           |           |
| h) Enfermedades crónicas gastrointestinales.  |           |           |
| i) Enfermedades del cerebro, del corazón, de la espina dorsal.                            |           |           |
| j) Gibosis (joroba, corcova, curvatura de la espina dorsal).                              |           |           |
| k) Glaucoma, gota, hipertensión o hipotensión arterial.                                   |           |           |
| l) Leucemia, locura (parkinsonianos, melancólicos, etc.)                                  |           |           |
| m) Enfermedades mentales.   |           |           |
| n) Mal de Bright, Nefritis crónica.   |           |           |
| o) Ulcera, uremia, vértigos o desmayos.   |           |           |
| p) Neurastenia.   |           |           |
| q) Alguna deficiencia visual o auditivas.   |           |           |
| r) Falta de un riñón.   |           |           |

## CONDICIONES GENERALES

**CLAUSULA 1.- COBERTURA DEL SEGURO.-** Este seguro cubre lesiones corporales causados, exclusivamente, por medios accidentales que ocasionen o den lugar a fallecimientos, pérdida de extremidades o de la vista, incapacidad permanente o gastos médicos, de conformidad con las diferentes cláusulas de esta Póliza, siempre que dichos riesgos estén específicamente señalados en las condiciones particulares de la misma, mediante el pago de prima.

**CLAUSULA 2.- DEFINICION DE ACCIDENTE.-** Se entiende por accidentes la acción repentina de un agente externo violento, independientemente de la voluntad del Asegurado, que cause a éste lesiones corporales que puedan determinarse de una manera cierta por un médico.

**CLAUSULA 3.-RIESGOS QUE PUEDEN CUBRIRSE.-** Mediante el pago de la prima correspondiente y que su causa directa y única fuere un accidente amparado por ella.

**I. MUERTE ACCIDENTAL.-** La Compañía pagará a la persona o personas designadas como beneficiarios la suma asegurada, con deducción de las cantidades que se hubieren abonado por concepto de incapacidad permanente.

**II. INCAPACIDAD PERMANENTE.-** La Compañía pagará la suma correspondiente al grado de Incapacidad Permanente, basándose en la Tabla de Indemnizaciones incorporada a la presente Póliza y que forma parte integrante de ella.

**III. INCAPACIDAD TEMPORAL.-** La Compañía pagará la indemnización diaria convenida, siempre que el Asegurado quedare totalmente incapacitado para desempeñar su ocupación por algún tiempo, hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días. Si el asegurado pudiera ocuparse parcialmente de su trabajo, la indemnización será reducida en proporción.

**IV. GASTOS MEDICOS:** La Compañía pagará en caso de accidente, los honorarios de médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que fueren necesarios, hasta el total de la suma asegurada bajo esta cobertura.

Queda entendido que esta suma no se aplicará por cada accidente separado, y que las indemnizaciones que se pagaren, se irán acumulando, hasta llegar a la suma total asegurada bajo este riesgo, en cuyo caso podrá restablecerse mediante el pago de la prima correspondiente, calculada a prorrata, por el período que faltare para el vencimiento de la Póliza.

Si el Asegurado sufriese varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones previstas en el Inciso III de este artículo, se liquidarán en forma completamente independiente para cada accidente, pero tratándose del Inciso II cada indemnización abonada significará una disminución de la suma asegurada para esta eventualidad, de modo que las indemnizaciones, en conjunto no podrán exceder del 100% de la suma asegurada para el caso de incapacidad permanente.

El Asegurado podrá beneficiarse de las prestaciones enumeradas, siempre que las consecuencias del accidente sean durante la vigencia de la Póliza y que se manifiestaren a más tardar dentro de un año, a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.

### CLAUSULA 4.- EXTENSION DE LA COBERTURA.

a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción; la electrocución.

b) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado, siempre que no hayan sido suministrados intencionalmente.

c) La rabia.

d) El carbunco o tétanos de origen traumático

e) Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente Póliza.

f) Los accidentes que sobrevengan en la práctica como aficionado de los siguientes deportes: gimnasia, tenis, golf, remo, natación, yachting, excursiones, caza; (Véase Cláusula 5ª), esgrima, patinaje, tiro, pesca, equitación, bochas, pelota vasca, uso de bicicletas y automóviles, siempre que no se produzcan mientras el Asegurado tome parte en carreras, luchas, apuestas y otros concursos de competencia o sus preparativos

g) Los accidentes que sobrevengan en caso de legítima defensa, en las tentativas de salvamento de personas o de bienes, durante la prestación de servicio militar en tiempo de paz, y los producidos por el rayo, el asalto, homicidio o tentativa de homicidio, asesinato o tentativa de asesinato cometidos en agravio del Asegurado, siempre y cuando no hayan sido perpetrados por el beneficiario del seguro.

**CLAUSULA 5.- ACCIDENTES DE AVIACION COMERCIAL.-** Esta Póliza cubre, además, las lesiones corporales causadas por accidentes de aviación mientras el Asegurado esté viajando como pasajero, no como piloto tripulante, en un vehículo del tipo descrito a continuación o mientras esté subiendo o descendiendo de:

a) Un avión de pasajeros operado por empresa aérea comercial en vuelo regular, dentro o fuera de horario o itinerario fijo, o en vuelo especial o contratado, y manejado por piloto de planta de la Empresa Aérea, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por autoridad competente del país respectivo; y

b) Cualquier avión tipo transporte operado por el servicio de transporte aéreo militar de la República de Honduras o por cualquier servicio similar de transporte aéreo de cualquier autoridad gubernamental debidamente constituida de cualquier país del mundo.

En todos los beneficios contemplados en esta Cláusula, la Compañía se subrogará, hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del siniestro pudiesen corresponder al Asegurado, sin perjuicio de que ambos puedan concurrir a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente. La Compañía podrá liberarse en todo o en parte de su obligación si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado.

**CLAUSULA 6. RIESGOS EXCLUIDOS, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO.-** Salvo pacto en contrario y pago de la prima adicional correspondiente, en su caso, y siempre que esté expresamente indicado en las condiciones particulares de esta Póliza, quedan excluidos del seguro los siguientes riesgos:

a) Los accidentes que sobrevengan en la práctica de fútbol (balompié), béisbol, esquí acuático, polo, rodeo, rugby y boxeo.

b) Los accidentes que sobrevengan mientras el Asegurado se dedique a la pesca a más de tres (3) millas de costa.

c) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre a bordo de aviones privados en calidad de piloto o pasajero, y

e) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre manejando motoneta, motocicleta y otros vehículos de motores similares.

**CLAUSULA 7.- RIESGOS EXCLUIDOS QUE NO PUEDEN SER CUBIERTOS.-** Las indemnizaciones previstas en esta Póliza no se conceden si la muerte del Asegurado o las lesiones que sufra se deben directa o indirectamente, total o parcialmente a:

a) Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivos por accidentes amparados por la presente Póliza.

b) Inhabilitación o muerte proveniente de cualquier daño que intencionalmente se infiera el Asegurado, así como lesiones causadas (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al Asegurado intencionalmente por los beneficiarios de esta Póliza.

c) Ninguna lesión, inhabilitación, desmembramiento, muerte o daño que tuviesen por causa, directa o indirecta, alguna enfermedad o afección mental, así como los que se produzcan en estado de embriaguez o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, estupefacientes o en estado de sonambulismo.

d) Los accidentes provocados por infracciones de las leyes y decretos relativos a la seguridad de las personas, así como por actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional

e) Ninguna lesión, mortal o no, que fuere causada directa o indirectamente por motivos de guerra o revolución, por movilizaciones y concentraciones preventivas, ya sea que el Asegurado esté o no prestando servicios militares; que el Asegurado participe por culpa grave de él mismo o de sus beneficiarios de esta Póliza, en motines, huelgas, alborotos populares, insurrecciones, en riñas o actos delictuosos

f) Cualquier clase de hernia

g) Cualquier enfermedad o dolencia que no fuese consecuencia de las lesiones ocasionadas accidentalmente

h) Aborto o cualquier complicación relacionada con el mismo

i) Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean consecuencia de lesiones debidas a accidentes

j) Infecciones, que no sean las que sobrevengan simultáneamente y como consecuencia de lesiones accidentales

k) Lesiones que el Asegurado sufra mientras se encuentra tomando parte en competencias en cualquier clase de vehículos

l) Actos temerarios no justificados por ninguna necesidad humanitaria, tales como apuestas, desafíos, andinismos fuera de senderos marcados.

m) Efectos de la energía nuclear en cualquier forma

n) Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias

o) Las lesiones producidas por la acción de los rayos X, el radium y sus componentes

p) Las infecciones producidas por picaduras y/o mordeduras de serpientes o insectos venenosos.

**CLAUSULA 8.- REQUISITOS MINIMOS PARA ACCEDER AL PAGO DE LA INDEMNIZACION.**- Al Asegurado o al beneficiario del seguro, le corresponde probar que la incapacidad o la muerte ha sido consecuencia directa de algún accidente cubierto por ésta Póliza y deberán facilitar a la Compañía los siguientes documentos:

a) Dar aviso del accidente a la Compañía a través de una carta con acuse de recibo dentro de los cinco (5) días contados desde la fecha que ocurrió el accidente, si el accidente ocurrió fuera del territorio Hondureño, la Compañía concede para el aviso respectivo un plazo máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha del suceso.

b) Llenar completamente los formularios de reclamación que la Compañía proporcionará.

c) Remitir certificación médica atestiguando causas, naturaleza y probables consecuencias de la lesión sufrida.

d) En caso de muerte del Asegurado a causa de un accidente cubierto por ésta Póliza, los beneficiarios del seguro deberán hacer constatar la causa de la muerte por la autoridad competente y deberán presentar la siguiente documentación:

- Acta de Defunción del Asegurado
- Certificación de la autoridad competente y deberán avisar el deceso a la Compañía por carta con acuse de recibo, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de sucedido.
- Copia de cedula de identidad y/o partidas de nacimiento de los beneficiarios. En caso de que él o los beneficiarios sean menores de edad, partidas de nacimiento del menor o los menores y tarjeta de identidad de los tutores legales.

e) Cualquier otro documento que requiera La Compañía para demostrar el interés del reclamante en obtener la indemnización del seguro.

La falta de cumplimiento dentro de los plazos fijados, de las obligaciones señaladas en este Artículo, permitirá a la Compañía disminuir la indemnización a la cuantía que habrá abarcado, si el aviso se hubiere dado oportunamente. Si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del accidente, la Compañía quedará liberada del pago de toda indemnización.

La Compañía hará efectivo el pago de la indemnización en su oficina principal tal como se detalla a continuación:

1) En el caso de fallecimiento, dentro de los diez (10) días de presentada la documentación solicitada en la cláusula anterior; se deducirá de esta indemnización cualquier cantidad pagada por el mismo accidente en concepto de invalidez permanente.

Si en el curso de un viaje aéreo ocurriera un percance y no se tuviera noticia del Asegurado por un periodo no inferior a seis (6) meses, la Compañía hará efectivo a los beneficiarios el pago de la indemnización establecida para el caso de fallecimiento. Si apareciere el Asegurado o se tuviera noticia cierta de él, la Compañía tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

2) En caso de invalidez permanente, una vez que al Asegurado accidentado se le hubiera dado de alta definitiva y dentro de los diez (10) días de acompañados los certificados que acreditaren la incapacidad resultante.

3) En caso de incapacidad temporal, por mensualidades vencidas o a más tardar, dentro de los diez (10) días de haber dado de alta definitivamente el Asegurado accidentado.

4) Para los gastos médicos, dentro de los diez (10) días de presentada la documentación que atestigüe los gastos de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria o farmacéutica, con miras a curar las lesiones producidas por el accidente.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que correspondiera se liquidará de acuerdo con las

consecuencias que presumiblemente el mismo accidente hubiera producido sin la mencionada con-causa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza y ocurra durante la vigencia de la misma.

La Compañía, después de un siniestro, podrá rescindir el contrato para accidentes ulteriores, pero deberá avisarlo al Asegurado con quince (15) días de anticipación, devolviéndole la parte de la prima correspondiente al plazo no transcurrido.

La indemnización se realizará conforme a lo establecido por el artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

**CLAUSULA 9.- ASISTENCIA MEDICA.**- El Asegurado accidentado deberá hacer llegar a la Compañía, dentro del plazo del aviso, un certificado médico expresando la causa y la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias conocidas o presunta y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. Posteriormente, según el caso, se remitirá a la Compañía cada quince (15) días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al accidentado por un médico de su confianza. Estos plazos podrán ampliarse siempre que a la Compañía se le demostrare la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios o sucesores prestar su conformidad y su concurso si fueren imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

**CLAUSULA 10. PERSONAS NO ASEGURABLES.**- Serán nulas y sin ningún valor, las Pólizas extendidas a nombre de personas que al tiempo de la celebración del contrato fuesen ciegas, sordas, lisiadas, epilépticas, alienadas o que, por razón de padecer de una enfermedad orgánica o de defectos físicos, hayan quedado incapacitadas en un sesenta por ciento (60%) o más.

Si durante la vigencia de esta Póliza se produjera una de estas situaciones, quedarán en suspenso ipso-facto los efectos del seguro, obligándose el Asegurado a comunicar el hecho de inmediato a la Compañía, para que ésta, dentro de un plazo de quince (15) días, resuelva sobre la continuación o rescisión del contrato. Si la Compañía optase por la rescisión devolverá al Asegurado la parte de la prima que correspondía al período durante el cual ya no correrá el riesgo.

**CLAUSULA 11.- LIMITES DE EDAD.**- Esta Póliza sólo se extiende a personas mayores de 15 años de edad y menores de 65 años y 6 meses de edad, pero podrá renovarse a su vencimiento con el consentimiento de la Compañía, siempre que el Asegurado no haya alcanzado la edad de 70 años. En caso de que los hubiere cumplido, esta Póliza quedará automáticamente cancelada a la terminación del período cubierto por la última prima pagada.

**CLAUSULA 12.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO.**- habiendo sido fijada la prima de acuerdo con las características declaradas por el Asegurado, éste deberá comunicar dentro de los ocho (8) días a la Compañía los cambios, (alivios o agravaciones) tanto de su profesión como de su salud, aun cuando fueren temporales, que modifiquen notablemente el riesgo.

De no aceptar el Asegurado las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, o de rechazar esta última el asegurar el nuevo riesgo, se procederá a la anulación de la Póliza, y la Compañía devolverá al Asegurado el importe de las primas no devengadas.

**CLAUSULA 13.- OTROS SEGUROS.**- Si el Asegurado durante la vigencia de este contrato, contratara otro seguro o estuviera asegurado en otra Póliza de accidentes personales u otro ramo, que cubra los mismos riesgos, deberá avisar a esta Compañía en el término de ocho (8) días y ésta dará, en el mismo plazo su consentimiento o rescindir el presente contrato.

**CLAUSULA 14.- PAGO DE LAS PRIMAS.**- La prima vence a la fecha de celebración del contrato por lo que se refiere al inicio de vigencia de la póliza o en otras fechas que sean acordadas entre la Compañía y el Asegurado y descritas en las condiciones particulares. Su pago debe acreditarse por medio de un recibo auténtico de la Compañía debidamente sellado. Si el Asegurado no hace el pago de la prima en las fechas indicadas, la Compañía podrá requerir que lo haga dentro de quince (15) días por medio de carta certificada con acuse de recibo.

En caso de ocurrirle al Asegurado un accidente cubiertos por esta póliza, durante estos quince (15) días, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado o su beneficiario, el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones aún no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

5 Transcurrido ese plazo sin que efectúe dicho pago, quedarán automáticamente

en suspenso los efectos de la presente póliza. Si dentro de los siguientes diez (10) días el Asegurado no efectúa el pago, la Compañía podrá declarar la rescisión del contrato, notificándolo al Asegurado, y exigirle por vía ejecutiva el pago de la prima correspondiente al período de vigencia de esta póliza, previo a su rescisión. De conformidad con lo establecido en el artículo 1133 del Código de Comercio.

**CLÁUSULA 15.- VIGENCIA DE LA POLIZA.-** El período de vigencia de esta póliza vencerá automáticamente al mediodía de la fecha de vencimiento expresada. Podrá ser prorrogada a petición del Asegurado, pero tal prórroga deberá constar en un documento firmado por la Compañía y se registrará bajo las condiciones consignadas en el mismo documento. 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 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 particulares del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

**CLAUSULA 16.- TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.-**

a) La Compañía, después de un siniestro, podrá rescindir el contrato para accidentes ulteriores, así como cualquier otro seguro que hubiere hecho con el Asegurado; pero deberá avisar a éste con quince (15) días de anticipación, devolviéndole la parte de prima no devengada.

No obstante el termino de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado en cualquier tiempo, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión por carta certificada con quince (15) días de plazo, los que se contarán a partir de la fecha de envío. Cuando el Asegurado lo diere por terminado, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que correspondiere al tiempo durante el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la tarifa de seguro a corto plazo, cuando la Compañía lo diere por terminado, ella tendrá derecho a la parte proporcional al tiempo transcurrido.

b) El Asegurado deberá comunicar toda agravación esencial del riesgo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que la conozca. Dicha agravación permitirá a la Compañía dar por cancelada esta Póliza y su responsabilidad concluir quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Asegurado.

Se presume que la agravación es esencial cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal suerte que la Compañía no habría dado su consentimiento o la habría dado en condiciones distintas si al celebrarse el contrato hubiera conocido una agravación análoga. Asimismo las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado serán causas de cancelación cuando éste haya obrado con dolo o culpa grave. Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado serán causas de anulación, mediante notificación por escrito que hiciere el Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia y si la realización del riesgo cubierto ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por la Compañía o antes que ésta manifestare 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.

Sin embargo, si el Asegurado concierne a varios riesgos, el contrato será válido para aquellos a quienes no se refiere la declaración inexacta, la reticencia o la agravación esencial, si se prueba que la Compañía los habría asegurado separada en idénticas condiciones.

Cuando la Compañía opte por la rescisión del contrato, ella devolverá en efectivo al Asegurado, el importe prorrate temporis de la prima no devengada. Esta rescisión no invalidará el derecho a la indemnización por cualquier accidente ocurrido con anterioridad y durante la vigencia de ésta Póliza.

El Asegurado queda facultado para rescindir este Contrato de Seguro en cualquier momento y la prima no devengada que deberá devolverse a éste, se calculará de acuerdo con la siguiente Tabla de Cancelación a Corto Plazo, según el número de meses que la Póliza estuvo en vigor considerándose como un mes completo cualquier fracción de mes transcurrido.

| TABLA DE CANCELACION A CORTO PLAZO |                        |           |
|------------------------------------|------------------------|-----------|
| No de Meses                        | Porcentaje de la Prima |           |
|                                    | Prima Anual            | Mínima    |
| Hasta 2 meses                      | 40%                    | L. 200.00 |
| 3 meses                            | 50%                    | 250.00    |
| 4 meses                            | 60%                    | 300.00    |
| 5 meses                            | 70%                    | 350.00    |
| 6 meses                            | 75%                    | 400.00    |
| Más de 6 meses                     | 100%                   | 600.00    |

**CLAUSULA 17.- TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE**

**A) INCAPACIDAD TOTAL**

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.....100%

Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente .....100%

**B) INCAPACIDAD PARCIAL**

**I Cabeza**

Sordera total e incurable de los dos oídos, hasta .....50%

Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal, hasta .....40%

Sordera total e incurable de un oído, hasta .....15%

Ablación de la mandíbula inferior, hasta .....50%

**II Miembros Superiores**

**Derecho Izquierdo**

Pérdida total de un brazo, hasta .....65% .....52%

Pérdida total de una mano, hasta .....60% .....48%

Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total), hasta .....45% .....36%

Anquilosis del hombro en posición no funcional, hasta .....30% .....24%

Anquilosis del codo en posición no funcional, hasta .....25% .....20%

Anquilosis del codo en posición funcional, hasta .....20% .....16%

Anquilosis de la muñeca en posición no funcional, hasta .....20% .....16%

Anquilosis de la muñeca en posición funcional, hasta .....15% .....12%

Pérdida total del dedo pulgar, hasta .....18% .....14%

Pérdida total del dedo medio, hasta .....9% .....7%

Pérdida total del dedo anular o del meñique, hasta .....8% .....6%

**III Miembros Inferiores**

Pérdida total de una pierna, hasta .....55%

Pérdida total de un pie, hasta .....40%

Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total), hasta .....35%

Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total), hasta .....30%

Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total), hasta .....20%

Anquilosis de la cadera en posición no funcional, hasta .....40%

Anquilosis de la cadera en posición funcional, hasta .....20%

Anquilosis de la rodilla en posición no funcional, hasta .....30%

Anquilosis de la rodilla en posición funcional, hasta .....8%

|  |     |
|--|-----|
| Acortamiento de un miembro inferior por lo menos cinco cms, hasta  | 15% |
| Acortamiento de un miembro inferior por menos tres cms, hasta..... | 8%  |
| Pérdida total del dedo gordo de un pie, hasta.....                 | 8%  |
| Pérdida total de otro dedo del pie, hasta.....                     | 4%  |

Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos serán indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratara del pulgar, y a la tercer parte, por cada falange, si se tratara de otros dedos.

**COMBINACION DE INCAPACIDAD.-** Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada.

**LESIONES NO PREVISTAS.-** La indemnización por lesiones no comprendidas en la enumeración que precede y que constituyeran una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del Asegurado.

**ZURDOS.-** En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijado por la pérdida de los miembros superiores.

**CLAUSULA 18.- COBERTURA MUNDIAL.-** La presente Póliza cubre al Asegurado en cualquier país del mundo.

**CLAUSULA 19.- RENOVACIONES.-** La Compañía se reserva el derecho de renovar esta Póliza al final de cada vencimiento, sin quedar obligada a manifestar el motivo de su resolución en caso de que no lo hiciera a la tasa que tuviere en vigor en el momento de las renovaciones.

**CLAUSULA 20.-MODIFICACIONES EN LA POLIZA.-** Tan solo el Gerente y un Funcionario de la Compañía podrán modificar las bases de este Contrato, cuando así proceda, previa solicitud escrita del Asegurado. La Compañía no se hace responsable de las promesas o declaraciones hechas en cualquier tiempo por un agente o por cualquier otra persona que no sean aquí más arriba mencionadas.

Toda modificación se hará constar en la propia Póliza o en Anexo debidamente firmado y adherido a la misma y esta constancia será el único medio de prueba. Las Condiciones Generales tan sólo podrán ser modificadas en sentido favorable al Asegurado, previa autorización de la Comisión Nacional de Banco y Seguros (CNBS). El Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Asegurado estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

**CLAUSULA 21.- ARBITRAJE.-** El asegurado y La compañía convienen que en caso de controversia o conflictos sobre el contrato de seguro, estos podrán resolverse por la vía de la conciliación o del arbitraje. En el caso de que se opte por la vía del arbitraje ambas partes podrán ponerse de acuerdo sobre el nombramiento de árbitros, su remuneración y demás materias relacionadas al arbitraje.

Si alguna de las partes o ambas no están de acuerdo en resolver el conflicto o controversia por la vía conciliatoria o del arbitraje, este conflicto o controversia podrá someterse a la consideración del Juzgado Primero de lo Civil de la ciudad de San Pedro Sula, Cortés.

**CLÁUSULA 22.- ARBITRAJE.-** El Asegurado y la Compañía, convienen que todo litigio, discrepancia, cuestión o reclamación resultante de la ejecución o interpretación del monto de cualquier pérdida o daño relacionado en la póliza, la cuestión se someterá al arbitraje en el marco de la corte de arbitraje de la Cámara de Comercio e Industrias de Cortés, a la que se encomienda la administración del arbitraje y designación de los árbitros, de acuerdo con su reglamento y estatuto.

**CLÁUSULA 23.- PRESCRIPCIÓN.-** Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha de acontecimiento que les dio origen.

El plazo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

**CLÁUSULA 24.- COMPETENCIA.-** Si agotados los procedimientos determinados por esta póliza aún subsiste el desacuerdo entre la Compañía y el Asegurado, el litigio deberá ser sometido a la jurisdicción del Juzgado 1º de Letras de lo Civil de la Ciudad de San Pedro Sula, Departamento de Cortés a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidos.

**CLÁUSULA 25.- COMUNICACIONES.-** Las notificaciones que se hagan al Asegurado surtirán efecto siempre que se hagan en el último domicilio que el propio Asegurado haya hecho saber a la Compañía. Las declaraciones o notificaciones relacionadas con el presente contrato deberán hacerse a la Compañía, por escrito o en texto impreso, precisamente en su dirección o en la de sus sucursales la cual se señala en este contrato.

**CLÁUSULA 26.- INTEGRACIÓN DEL CONTRATO.-** Forman parte de este contrato de seguro de accidentes personales, las condiciones generales y especiales de la presente póliza, los anexos que se le adhieran, la solicitud de aseguramiento, sus declaraciones complementarias, cualquier otro documento suscrito por el Asegurado que sea tomado en cuenta para su celebración o modificación, y demás condiciones previas exigidas por La Compañía.

**CLÁUSULA 27.- CONDICIONES DE LA PÓLIZA.-** En los términos de esta póliza quedan definidos los pactos entre la Compañía y el Asegurado, no reconociéndose por lo tanto validez a ninguna modificación o permiso que no esté consignado en ella, a menos que conste en un endoso o anexo adherido a la póliza y debidamente autorizado por la Compañía.

Cualquier palabra o expresión que haya recibido un significado específico en la póliza, en algún anexo o sección, conservará la misma definición en cualquier lugar que aparezca en la póliza, anexo o sección.

#### DEFINICIONES

1) Compañía – Seguros del País, S.A.

2) Asegurado – El o los nombres de las personas naturales o jurídicas que aparecen en las condiciones especiales como Asegurado(s).

3) Beneficiario – La persona natural o jurídica que de acuerdo con las condiciones de la póliza recibirá el pago o indemnización después de la ocurrencia de un siniestro.

4) Condiciones especiales o particulares – La lista anexa a esta póliza y que forma parte inseparable de ella donde se detallan los bienes del Asegurado y su descripción, sumas aseguradas, primas, vigencia de la póliza, extensiones incluidas, condiciones y acuerdos, tasas de deducible y otros detalles.

5) La ley – Las leyes aplicables de la República de Honduras.

6) Anexo o Endoso – Texto agregado a la póliza y autorizado por la compañía para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones. Forma parte inseparable de las condiciones del contrato.

7) Deducible – Suma o porcentaje, previamente establecido en las condiciones de la póliza, que se deduce del monto de indemnización. Es la suma inicial a cargo del asegurado.

**VIII DECLARO Y CONVENGO QUE:**

- 1.- Todas las declaraciones y contestaciones anteriores han sido escritas de mi puño y letra o dictadas por mi, son verdaderas, completas y forman la base sobre la cual la Compañía emitirá la Póliza que solicito.
- 2.- Recibí un espécimen de las condiciones generales a que se refiere esta solicitud.
- 3.- El seguro aquí solicitado no entrará en vigencia hasta que la Compañía haya aceptado el riesgo y que la prima haya sido pagada.
- 4.- La Compañía dispondrá de quince (15) días para aceptar o rechazar el riesgo aun cuando la prima ya haya sido pagada, en caso de rechazo la Compañía devolverá la prima pagada como anticipo.
- 5.- Esta aplicación se considera como una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros del País, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. Así mismo por este medio autorizo y faculto a Seguros del País, S.A. para que en cualquier tiempo pueda obtener información de todo médico, hospital, clínica privada o pública, Instituto Hondureño de Seguridad Social, laboratorios Médicos u otra fuente, la central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, y cualquier otra central de riesgo que juzgue necesaria y estoy de acuerdo que la misma permanezca como propia de Seguros del País S.A. ya sea que se otorgue el seguro o no. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original. Cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede ser causa de que una reclamación válida sea rechazada y la póliza cancelada.

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante o  
Representante legal según escritura o  
Poder de Representación

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o Representante  
legal según escritura o Poder de  
Representación

| Nombre del Intermediario | Código del Intermediario | Zona | % de Comisión | Oficial de Negocios |
|--------------------------|--------------------------|------|---------------|---------------------|
|                          |                          |      |               |                     |