

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD
I.- DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de casada
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento Día: Mes: Año:		Nacionalidad:
Tipo de identificación Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/>		Número de identidad		Numero de RTN:
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil 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"/> 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 Profesionales 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. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE

Razón o Denominación Social:	Nombre Comercial:	No. R.T.N.
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:		
Número de Teléfono	Número de Fax	Correo electrónico
Fecha de Constitución:		Objeto social y/o actividad económica:
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:		
La empresa realiza Actividades y Profesionales No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.		
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:		
Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación
1.		
2.		
3.		

Continúa.....Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcen Participación:

Participación:	Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación
4.			
5.			
6.			
7.			
Favor Detallar dos referencias bancarias o comerciales 1:		2:	
Monto aproximado Anual de: Total de Activos:		Total de Ventas:	Ingresos Anuales:
Indicar si forma parte de un Grupo Financiero o económico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar a cual pertenece:			
Detalle al menos dos Proveedores Principales 1:		2:	
Especificar detalladamente la fuente de ingresos de la persona Jurídica:			

III.- 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

IV.- VIGENCIA

Duración: _____ Desde _____ / _____ / _____ a las 12:00m Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00m
 Día Mes Año Día Mes Año

V.- RIESGOS CUBIERTOS

Se deja constancia expresa que el presente seguro cubre los riesgos de Muerte Natural: _____ Gastos Compresivos _____.
 Las sumas aseguradas para cada uno de los riesgos cubiertos serán las que correspondan a cada individuo a asegurar de acuerdo a la clasificación proporcionada por el contratante y consignada en esta oferta.

VI.- BENEFICIOS ADICIONALES

No.	DESCRIPCION	SI	NO
1	Doble Indemnización por Muerte Accidental y Desmembramiento o pérdida de la vista accidental		
2	Renta por Incapacidad Total y Permanente (RI)		
3	Últimos Gastos: SI ___ NO ___ Empleado _____ Dependientes _____		
4	Maternidad: Con cuadro de beneficios		
	Parto Normal Lps. _____ Cesárea Lps. _____ Aborto Lps. _____		
	Maternidad como cualquier otra Incapacidad: SI ___ NO ___ Maternidad Inmediata SI ___ NO ___ Por Cobertura Previa SI ___ NO ___ El embarazo debe iniciar mientras se encuentre asegurada SI ___ NO ___ Período de espera _____ Para que la aseguradora tenga derecho, sus dependientes deben estar asegurados SI ___ NO ___		

VII.- FORMA DE PAGO

Contributorio: Vida Colectivo	Si _____	No _____
Médico Hospitalario	Si _____	No _____

Si el Plan es Contributorio se requiere la participación de: ____ % para empleados y ____ % para dependientes.

Anual Semestral Trimestral Mensual Otro

Especifique: _____

VIII.- OTROS

¿El grupo tiene seguro actualmente con otra Compañía? Si ____ No ____ Si su respuesta es afirmativa indicar	
Tipo de seguro:	a) Seguro de vida <input type="checkbox"/> b) Seguro Médico Hospitalario <input type="checkbox"/> c) Accidentes Personales <input type="checkbox"/>
Nombre de la Compañía:	Período de cobertura:
Nuevos empleados serán elegibles: Inmediatamente Después de: _____ de servicio continuo y activo	
Cualquier cambio de beneficios por cambio de clasificación será efectivo: Inmediatamente Al ser procesado en la Compañía	
La cobertura del seguro para Empleados es: Ocupacional _____ y No ocupacional _____ (Nota: Para dependientes es No Ocupacional)	
Nuevos empleados de _____ Años de edad no serán elegibles.	
Conyugue de _____ Años de edad no serán elegibles.	
Dependientes de _____ Años de edad no serán elegibles.	
El seguro es: Para el Área de Centro América _____ Mundial _____	

IX.- GASTOS INCURRIDOS EN EL ÁREA DE CENTROAMÉRICA

Deducible: Por año calendario: Por individuo _____ Agregado por Familia SI ____ NO ____ No. _____
Efectivo Deducible por gastos de los últimos 3 meses: Con Traslado _____ Sin Traslado _____
Máximo cargo diario de Hospital por Cuarto y Alimentos Lps. _____
Porcentaje de Reembolso:
a) Fijo de ____ % b) Graduado así: ____ % de los primeros Lps. _____ de gastos elegibles incurridos por persona asegurada o Lps. _____ por núcleo familiar y el ____ % de los gastos elegibles siguientes, aplicándose esta fórmula por años calendario _____ Hospitalización _____

X.- GASTOS INCURRIDOS FUERA DE ÁREA DE CENTROAMÉRICA

Deducible: \$ _____ Por individuo _____ Por incapacidad aplicable a períodos de _____ días.
Máximo cargo diario de Hospital por Cuarto y Alimentos \$ _____
Porcentaje de Reembolso:
a) Fijo de ____ % b) Graduado así: ____ % de los primeros Lps. _____ de gastos elegibles incurridos por persona asegurada o Lps. _____ por núcleo familiar y el ____ % de los gastos elegibles siguientes, aplicándose esta fórmula por años calendario _____ por Incapacidad _____
El límite de Co-aseguro aplica: A todos los gastos _____ Sólo gastos por Internamiento _____
NOTA: Cuando el límite de co-aseguro es aplicable a gastos por internamiento únicamente, los gastos ambulatorios se reembolsan al 80% sin límite de Co-aseguro.
Máximo Vitalicio _____ Reduce a Lps. _____ al cumplimiento de 65 años de edad.
Restauración Anual _____ Tratamiento Psiquiátrico Ambulatorio: SI ____ NO ____
Automática por Lps. _____ Si ____ NO ____ No. Consultas ____ Valor Lps. _____ Reembolso ____ %
Se incluye un depósito de Lps. _____, para que se aplique a la prima.

CONDICIONES GENERALES

1.- INDISPUTABILIDAD.- Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, 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, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave. La compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante 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 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 concierne a varias personas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia.

Si el contratante 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 asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia. La compañía renuncia a impugnar el seguro de cada asegurado, después de que éste haya estado en vigor durante su vida por un período de dos (2) años completos contados desde la fecha de su última inscripción ininterrumpida, excepto en lo que se refiere a la edad declarada.

2.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA.- La vigencia de esta póliza es la que se indica en las condiciones especiales; podrá ser renovada a petición del contratante o asegurado pero 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. 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 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. La Compañía puede dar por terminada la cobertura de la póliza o la cobertura para los familiares dependientes, en el aniversario de la misma o en cualquier fecha de vencimiento de prima, mediante notificación escrita al contratante por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación, si el número de dependientes o familiares dependientes asegurados no reúne la cantidad y/o porcentaje establecido en las condiciones particulares de la póliza.

3.- COMPAÑÍAS SUBSIDIARIAS O AFILIADAS.- Para todos los efectos de la póliza, se considerarán empleados del contratante, los de las compañías, corporaciones, firmas subsidiarias o afiliadas con él detallados en las condiciones especiales.

A solicitud del contratante se pueden agregar nuevas compañías subsidiarias o afiliadas y éste queda obligado a comunicar por escrito la separación de cualquiera de ellas. No estarán asegurados los empleados de compañías no inscritas en esta póliza.

4.- CAMBIO DE CONTRATANTE.- La compañía podrá rescindir esta póliza en la fecha en que tenga conocimiento del cambio de contratante. Sus obligaciones terminarán quince (15) días después de haber notificado por escrito esta resolución al nuevo contratante, pero reembolsará a éste la parte de prima que corresponda al tiempo no transcurrido.

5.- REGISTRO DE ASEGURADOS.- El contratante queda obligado a proporcionar puntualmente a la Compañía toda la información relativa a:

- 1.- Ingreso de nuevos miembros del grupo,
- 2.- Retiro de asegurados, y
- 3.- Otros cambios.

A requerimiento de la Compañía, estará obligada a permitirle el examen de los registros y nóminas del personal, y a proporcionarle toda información referente a los miembros del grupo que tenga o pueda tener relación con lo pactado en esta Póliza. Si el Contratante incurriere involuntariamente en el error de no informar sobre el ingreso de algún miembro del Grupo que reúna los requisitos establecidos por esta Póliza para ser elegible, éste no será privado de los beneficios del seguro. Asimismo, la falta de información sobre la terminación del seguro de cualquiera de las personas amparadas por esta Póliza no se tomará en el sentido de que el seguro continúa en vigor.

6.- CAMBIO DE CLASIFICACION.- El empleado y sus dependientes gozarán de los beneficios de la nueva clasificación en la fecha indicada en las condiciones especiales, pero será requisito que se encuentren en

perfecto estado de salud, estar trabajando en forma activa y permanente y aceptar el pago de las contribuciones del caso si el seguro es contributivo.

Si el empleado no aceptare pagar la contribución correspondiente a la nueva clasificación, éste y sus dependientes automáticamente quedarán excluidos del Seguro. Si con posterioridad decide reintegrarse estará obligado a presentar él y sus dependientes pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la compañía y sin costo alguno para ésta.

7.- BENEFICIOS.- La Compañía reconocerá los gastos médico hospitalarios necesarios razonables y acostumbrados, incurridos por el asegurado por los cuidados y atenciones descritos en la Tabla de Beneficios.

8.- COORDINACION DE BENEFICIOS.- Los beneficios de esta Póliza no se duplicarán con los de cualquier otro plan en el cual esté inscrito el asegurado gozando de beneficios similares. La suma de los beneficios pagaderos por esta póliza y por cualquier otro plan será coordinada de manera que el total pagado no sobrepase el 100% de los gastos elegibles incurridos. En ningún caso la cantidad pagadera por esta póliza podrá exceder la suma máxima estipulada en las condiciones especiales solamente esta póliza estipula la no duplicidad, los beneficios reclamados deberán ser pagados primero por los demás planes. Si los otros planes también establecen la coordinación de beneficios la compañía aplicará las siguientes reglas:

- 1) El plan que cubra al asegurado como empleado determinará sus beneficios antes que el plan que lo cubra como dependiente,
- 2) El plan que cubra al asegurado como dependiente de un empleado hombre, determinará sus beneficios antes que el plan que lo cubra como dependiente de un empleado mujer,
- 3) Si los dos incisos anteriores no establecen un orden de prioridad, determinará los beneficios el plan que haya cubierto al asegurado por más tiempo.

9.- MODIFICACIONES.- Ninguna modificación a esta póliza será válida si no está autorizada por la firma de los funcionarios de la compañía, previo convenio con el asegurados. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona de la compañía no tienen facultad para hacer concesiones o modificaciones algunas. Toda acción se hará constar en la propia póliza o en un anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las condiciones generales tan solo podrán ser modificadas en sentido favorable al asegurado, previa autorización de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, (CNBS). El asegurado tendrá derecho a que se les apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la compañía prestaciones más elevadas, el contratante o asegurado estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda en prima.

10.- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.- La compañía le emitirá al contratante un certificado individual que deberá ser entregado a cada empleado asegurado en el cual se hará constar la protección de seguro a que tiene derecho, la persona a quien le corresponde recibir el pago y aquellas limitaciones o requisitos de la póliza que afectan a los individuos asegurados con este contrato. El expresado certificado no constituye parte integrante de este contrato.

11.- PRUEBA DE EDAD.- La edad declarada por el asegurado será comprobada en forma fehaciente antes de que la compañía efectúe cualquier pago en relación con la presente póliza. Si de la mencionada comprobación resultare que la edad verdadera del asegurado al ingresar al plan se encontraba fuera de los límites de aceptación de la compañía, ésta no será responsable del pago de ningún beneficio y procederá a la devolución de la prima recibida menos los gastos de emisión en que haya incurrido.

Si la edad verdadera fuese distinta de la declarada, pero encontrándose comprendida en los límites de aceptación de la compañía y si la edad es considerada como base para determinar la elegibilidad de asegurados y el pago de reclamos, automáticamente será corregido el procedimiento efectuado en la inclusión, haciéndose el ajuste en la prima, y en el pago de cualquier reclamo, debiendo el contratante cuando corresponda, resarcir a la compañía cualquier cantidad que resulte de dicha corrección.

12.- CALCULO DE PRIMAS.- La prima del seguro se basará en las tarifas de primas indicadas en las condiciones especiales. La compañía tiene derecho a cambiar la tarifa en las siguientes fechas:

- 1) en cualquier aniversario de la póliza.
- 2) en cualquier fecha dentro de la vigencia siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado en vigor por lo menos doce meses y que la compañía notifique dicho cambio al contratante por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación.

Cada prima será igual al producto de la tarifa de primas en vigor por el número de asegurados en la fecha de vencimiento de tal prima, incluyendo los empleados asegurados que se encuentren entonces recibiendo beneficios. Cuando se produzcan inscripciones o cancelaciones de asegurados entre dos fechas de vencimiento de primas, se efectuará el ajuste proporcional por el tiempo que falta por transcurrir entre la fecha del cambio y el próximo vencimiento de primas. Cualquier error u omisión deberá ser notificado por el contratante a la compañía y ésta hará los ajustes de primas por el período que corresponde a tales correcciones.

Las primas tienen sus vencimientos en las fechas estipuladas en las condiciones especiales de la póliza y deberán pagarse en las Oficinas que la compañía autorice, contra recibos expedidos por la misma. No es deber de la compañía dar noticia de los vencimientos de primas, ni gestionar su cobro; si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de dirección del contratante, esto no sentará precedente alguno de obligación.

13.- PERIODO DE GRACIA.- Después de pagar la primera prima y si el contratante no hubiere notificado a la compañía su intención de dar por terminado este contrato, se concede para el pago de las otras primas, un período de gracia de treinta (30) días, durante el cual no se imponen intereses y la póliza continúa vigente. Pero si al terminar dicha prórroga la prima no ha sido pagada, esta póliza, caducará sin necesidad de aviso o declaración especial.

14.- AVISO Y PRUEBA DE RECLAMACION.- El aviso escrito de un caso sobre el cual puede establecerse una reclamación, deberá presentarse a la compañía junto con la prueba de tal lesión o enfermedad, a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de que ocurrió el accidente o se originó la enfermedad.

El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en este documento, no invalidará reclamación alguna, siempre que se demuestre que no fue razonable o posible enviar aviso o prueba dentro de este período y que tal aviso o prueba fue presentado tan pronto como fue razonablemente posible hacerlo.

La compañía podrá requerir pruebas adicionales cuantas veces lo estime necesario y razonable, a cuyo efecto, el asegurado deberá someterse a lo exámenes médicos que la Compañía considere convenientes, los que serán practicados por los médicos que la Compañía designe y en caso de muerte podrá requerir alguna autopsia a menos que no sea permitido por la ley.

No se interpondrá ninguna demanda legal derivada de este contrato ni por vía de equidad para ganar un pleito contra esta póliza, con anterioridad a la expiración de sesenta (60) días después de que se haya presentado prueba de reclamación, de acuerdo con los requisitos de esta póliza.

DECLARACION DEL CONTRATANTE

Declaro que lo manifestado anteriormente, así como la información en relación al grupo asegurable es verídica y exacta, y además todas las personas que aparecen en dicha relación gozan de buena salud a mi leal saber y entender; sin embargo, si en el momento de emitirse la póliza solicitada, alguno de ellos no reúne los requisitos de aseguramiento, quedará excluido del seguro, pudiendo ser incorporado al desaparecer las causas que motivan su exclusión. Así mismo queda entendido y convenido que 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, por lo tanto autorizo y faculto a Seguros del País, S.A. para que en cualquier tiempo pueda obtener de cualquier fuente incluyendo la central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y a las demás centrales de riesgos del País, la información 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

15.- RECLAMACIONES.- Al recibirse una reclamación, los beneficios de este contrato le serán pagados al empleado contra recibos firmados por medio del contratante. Cualquier pago que quedara pendiente al fallecimiento de un empleado asegurado, o si tal empleado es menor de edad, o si según criterio de la compañía se encuentra legalmente incompetente para extender un recibo o descargo válido de cualquier pago la compañía puede a discreción propia, y siempre por medio del contratante pagar ese beneficio a la persona natural o jurídica que tenga la representación legal. Cualquier pago así efectuado constituirá un descargo íntegro de las obligaciones de la compañía en lo que respecta al reclamo, y no se le deberá exigir a esta que se ocupe del destino que se le de al dinero pagado en la forma descrita. La indemnización se realizará conforme a lo establecido por el artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

16.- ARBITRAJE.- El contratante o 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.

17.- 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 éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

18.- COMUNICACIONES.- Las notificaciones que se hagan al contratante o asegurado surtirán efecto siempre que se hagan en el último domicilio que él 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.

19.- INTEGRACIÓN DEL CONTRATO.- Forman parte de este contrato de seguro de gastos médicos, las condiciones generales y especiales de la presente póliza, los anexos que se le adhieran, la solicitud de aseguramiento, cualquier otro documento suscrito por el contratante o asegurado que sea tomado en cuenta para su celebración o modificación, y demás condiciones previas exigidas por la compañía.