



Condiciones Seguro Ahorro Protegido



BAC
CREDOMATIC

Contrato

Mediante el presente Contrato de Seguros (de ahora en adelante "Póliza"), SEGUROS CREFISA, S.A., en adelante "Aseguradora", se obliga, contra el pago de la prima acordada y en el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer un capital o unas prestaciones, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

Los únicos documentos que constituyen esta póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: (i) las presentes Condiciones Generales del Contrato, (ii) el Certificado Individual de Cobertura, (iii) las Condiciones Particulares si hubieren y (iv) la Solicitud de Seguro.

En caso que haya discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales. En caso que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Aseguradora devolverá la prima en un plazo no mayor de quince (15) días.

Definiciones

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera accidente: El homicidio culposo, la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. Igualmente y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera accidente: El Suicidio o el SIDA.

Asegurado: Es la persona que está cubierta por esta Póliza y debidamente registrada en el Certificado Individual de Cobertura de la misma.

2.1. Titular: Cuando así aparezca en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza; o de

2.2. Familiar o dependiente: Cuando aparezca en el Certificado Individual de Cobertura en el endoso de la inclusión de Familiares o Dependientes.

Compañía o aseguradora: Se entiende por Seguros Crefisa, S.A., y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.

Contratante: Persona jurídica que mediante la celebración de un contrato mercantil con la Aseguradora, se compromete a realizar la venta de los productos de seguros.

Declinación: Rechazo de una solicitud de indemnización.

Edad: Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.

Edad máxima de cobertura: Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Después de esta edad la cobertura se considera terminada automáticamente para el Asegurado y la Aseguradora no tiene derecho a cobrar prima respecto a la cobertura de esta Póliza.

Fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico: Manifestación de la fuerza de la naturaleza de manera violenta y destructiva que no puede ser prevenida ni controlada por el ser humano.

Homicidio culposo: Es el delito que consiste en causarle la muerte a otra persona sin intención de matarla, por ejemplo los accidentes de tránsito

Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el servicio médico de personas enfermas o lesionadas que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, es decir, que disponga y utilice regularmente laboratorios, equipos de radiografía y quirófanos atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

Hospitalización: Es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice al menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería y pernoctando mínimo una noche. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria.

Incapacidad total y permanente: A efectos de esta póliza se define como incapacidad total y permanente aquel suceso sufrido directamente por un accidente cubierto que resulta en el impedimento absoluto del Asegurado para dedicarse a cualquier negocio u ocupación y desempeñar trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos, y que haya persistido sin interrupción por un período no menor de seis (6) meses. La incapacidad de tal duración se considerará como permanente únicamente con el fin de poder determinar la fecha en que comienza la obligación que se asume en este contrato.

También se considerará como incapacidad total y permanente; la pérdida:

- Absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos
- De ambas manos o de ambos pies
- De una mano y un pie conjuntamente
- De total de una mano, un pie y la vista de un ojo

Por pérdida total se entenderá, la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. Entendiéndose por amputación de una mano o un pie la separación a nivel de la articulación de muñeca o del tobillo, respectivamente, o arriba de ello.

Lesión: Significa cualquier herida sufrida por el Asegurado en su cuerpo como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por esta Póliza, después de emitida ésta y mientras se encuentre en vigor. Como aclaración, se considera que la muerte es la máxima lesión.

Médico: Persona calificada por un grado en medicina que está legalmente autorizado en el área geográfica de su práctica para otorgar servicios médicos o quirúrgicos, pero excluyendo el Médico siendo él mismo Asegurado, agente de seguros, socio(s) o empleador/empleado del Asegurado o miembro de la familia inmediata del Asegurado o relacionado en forma similar al Asegurado.

Plan: Alternativa seleccionada por el Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura donde se indica claramente la suma asegurada por cobertura y la Prima a pagar.

Póliza o contrato de seguro: Es el documento o conjunto de documentos que regulan la relación contractual del seguro y que están compuestos por las Condiciones Generales, el Certificado Individual de Cobertura y las Condiciones Particulares, si hubieren.

Prima: Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el presente contrato.

Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Aseguradora al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

Cuentahabiente: Persona física titular de una cuenta de ahorro o cuenta corriente con el Banco.

Terrorismo: Se define como terrorismo los actos de violencia y maldad ejecutados para amedrentar a ciertos sectores sociales o a una población determinada o para desorganizar una estructura económica, social y política, por medio de la utilización de armas de fuego, bombas, granadas, sustancias u otros medios convertidos en explosivos o en medios incendiarios de cualquier clase, incluyendo específicamente aviones u otros vehículos o personas.

Cobertura básica de muerte accidental

La Aseguradora se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa de las lesiones producidas por un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

Es condición para el pago de la indemnización prevista en esta cobertura, que el fallecimiento accidental suceda en un plazo no mayor a noventa días (90) días corridos, contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.

Cobertura adicional

La Aseguradora, según su criterio, podrá poner a disposición del Asegurado una serie de coberturas adicionales que amplían o complementan la cobertura básica ofrecida por las cuales tendrá derecho a cobrar la Prima adicional que corresponda. Las coberturas opcionales se listan a continuación:

1. Cobertura Adicional de Incapacidad Total y Permanente

Cuando esta cobertura sea contratada, la Aseguradora pagará al Asegurado la suma asegurada detallada en el Certificado Individual de Cobertura, siempre y cuando el Asegurado sufra durante el período de vigencia de la cobertura la incapacidad total y permanente a causa directa de un accidente cubierto por un período comprobable mayor a seis (6) meses. La suma a la que tenga derecho el Asegurado se pagará en una sola suma a partir del séptimo (7º) mes de incapacidad total y permanente comprobada, salvo se estipule otra forma de pago en las Condiciones Particulares.

Cuando lo estime necesario, la Aseguradora podrá exigir justificación de que el Asegurado continúa en estado de incapacidad total y permanente. Si este se niega a esa comprobación, o se comprueba que ha desaparecido el estado de incapacidad total y permanente; cesará el pago de las rentas mensuales sucesivas.



Beneficio tipo adelanto

La indemnización prevista en esta cobertura se considera un adelanto de la Cobertura Básica de Muerte Accidental, por lo tanto, todo pago en concepto de esta cobertura será descontado del monto a pagar por la Cobertura Básica de Muerte Accidental.

Personas asegurables

Dentro de esta Póliza son asegurables las personas con los siguientes rangos de edades:

Edad mínima de aceptación: dieciocho (18) años

Edad máxima de aceptación: sesenta y cuatro (64) años con 364 días

Edad de máxima de permanencia: setenta (70) años

Alcance de la Cobertura

Las coberturas garantizan al Asegurado protección contra accidentes en todo momento y lugar, las veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año, dentro y fuera del país, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir un accidente, y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en el texto de esta póliza.

Beneficiarios

El Asegurado podrá instruir para cobrar el beneficio de este seguro, a una o más personas, individualizándolas en la solicitud de incorporación al seguro como beneficiarios.

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del Asegurado, en los porcentajes establecidos en el testamento o la ley, o, a falta de herederos testamentarios, al cónyuge sobreviviente y a los herederos intestados del Asegurado, por parte iguales. El cónyuge y los herederos, en estos casos, serán considerados beneficiarios para todos los efectos del presente contrato.

El Asegurado podrá modificar su designación de beneficiario cuando lo estime conveniente.

La Aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

Exclusiones

Quedan excluidas de indemnización las lesiones, efectos o cualquier daño corporal o moral, sufrido a consecuencia directa o indirecta de:

- Suicidio, automutilación, o autolesión o las consecuencias de intento de suicidio.

- Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.

- Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.

- Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del estado.
- Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, actos de terrorismo, guerra bacteriológica y otras armas de muerte masiva que no son necesariamente nucleares.
- Participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo y/o se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlos. a vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, parapente, carreras de auto, moto, justas hípicas entre otros.
- Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial en ruta con itinerario fijo.

También se excluyen los accidentes o lesiones que sean producto o se den en situación de:

- Cualquier lesión, pérdida, menoscabo o enfermedad corporal o mental que no sea originado directamente por accidente u otros hechos cubiertos por la presente póliza.
 - Embriaguez, consumo de drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas y alucinantes.
- accidentes ocasionados como consecuencia de que el asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope; y los accidentes que se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente;
- Accidentes causados por trabajos en fábricas de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos u otras, donde se utilicen sustancias combustibles, tóxicas del petróleo y gas, o explosivas;
 - Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de las leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes;
 - Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos, o por malicia o imprudencia del asegurado;
 - Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
 - Accidentes ocurridos por la participación del asegurado en homicidio o acciones dolosas de cualquier tipo, y cuando el asegurado esté involucrado en actividades violatorias de la ley y contra su propia vida.
 - Homicidio doloso, entendido como el ocasionado por hechos voluntarios del causante, cuando éste quiere o desea la muerte del asegurado o cuando el causante actúa sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del asegurado será una consecuencia posible de sus actos, y procede a pesar de aceptar la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del asegurado, según lo indica el código penal.
 - Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

De ocurrir el accidente del asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, y ocasionará el término del seguro para dicho asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la aseguradora. La aseguradora podrá eliminar o modificar cualquiera de estas exclusiones, exigiendo prima adicional o no, previo acuerdo con el contratante y consignándolo en las condiciones particulares de la póliza.



Prima y período de gracia

La prima que debe pagar el Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura. Las primas serán cobradas mensualmente al medio de pago automático indicado por el Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. Cualquier atraso en el pago automático no podrá ser imputado a la Aseguradora, y no exonera al Asegurado de la obligación del pago de la prima en las fechas convenidas.

La Aseguradora otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el Asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

Si la Aseguradora no recibe el pago de la prima antes de que expire el período de gracia, esta Póliza y todas sus coberturas serán canceladas en la fecha original de vencimiento de la prima.

El Asegurado acepta que la Aseguradora cobrará esta póliza únicamente a través del medio de pago automático indicado en el Certificado Individual de Cobertura, no estando obligada a aceptar pagos por ventanilla, en efectivo, cheque o por cualquier otro medio aceptado por la Aseguradora.

Certificado individual

La Aseguradora emitirá un certificado individual de cobertura que el Contratante entregará al Asegurado como constancia de ingreso al seguro indicando la fecha de inicio y el límite de la cobertura.

El Certificado Individual de Cobertura estará en vigor y la cobertura podrá ser reclamada únicamente cuando esté incluido en el Listado de Asegurados que el Contratante enviará periódicamente a la Aseguradora. La Aseguradora no será responsable por cualquier reclamo referente a un certificado individual de cobertura que no haya sido incluido por el Contratante en el listado de Asegurados.

Vigencia, renovación y cancelación

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, salvo se pacte otra cosa en las Condiciones Particulares. Dadas las características de esta póliza, la vigencia del Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

Esta Póliza es renovable anualmente y automáticamente por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. En caso que la Aseguradora requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, estas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

La Aseguradora se obliga a notificar al Asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Las coberturas indicadas en esta póliza terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

El Asegurado cumpla setenta (70) años de edad.

Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del Asegurado o el medio de pago especificado.

El fallecimiento del Asegurado.

Por solicitud del cliente a través de la renuncia por escrito.

Por no pago de la prima en las fechas estipuladas sin necesidad de aviso al cliente.

La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

Cancelación por falta de pago de prima

La cobertura se mantendrá vigente, mientras se pague la prima del seguro. La Aseguradora otorga un período de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el Asegurado libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

Renuncia por escrito

El Asegurado podrá cancelar la póliza únicamente presentando su renuncia por escrito en Institución Financiera firmando el formato de renuncia. La fecha efectiva de la cancelación será a partir de la fecha de la notificación por escrito, excepto que exista prima adeudada, en tal caso la vigencia efectiva será a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima.

Devolución de prima por cancelación

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros treinta (30) días posteriores a la emisión de la Póliza, siempre y cuando no haya acaecido el evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá el excedente cobrado. Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los treinta (30) días siguientes a la cancelación por parte del Asegurado.

Rehabilitación

La cobertura no podrá ser rehabilitada cuando la cancelación hubiera sido por falta de pago.

Nulidad

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Aseguradora de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Aseguradora tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

En cualquier caso que aplique la devolución de las primas pagadas al Asegurado, la Aseguradora deberá devolverlas en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.



Siniestros cubiertos

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante el período de vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, siempre y cuando cumpla con las condiciones de la Póliza. Para efectos de esta póliza se establece que el plazo máximo de presentación de un siniestro ocurrido durante la vigencia, es de diez (10) días contados desde la cancelación de la póliza.

Presentación de siniestros

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado o el(los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los requisitos para el trámite en las oficinas de la Aseguradora con el cual se adquirió la Póliza. La Aseguradora, revisará que los requisitos estén completos con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando la Aseguradora revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado o al Beneficiario, y al Contratante en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles.

El Beneficiario o Asegurado tendrá quince (15) días a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Aseguradora para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

1. En caso de muerte accidental

Para el trámite de reclamos, el (los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar a la Aseguradora dentro de los primeros diez (10) días de haber ocurrido el accidente cubierto y suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- Formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora.
- Acta de defunción original extendido por el Registro Nacional de las personas
- Fotocopia de identidad del asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del asegurado.
- Certificación con los sellos originales de la autoridad competente, donde se indique la causa de la muerte.
- Documentación complementaria si fuere aplicable, tales como parte de tránsito, de la policía o del juzgado competente.
- Partida de nacimiento original de los beneficiarios menores edad o copia de tarjeta de identidad si fueren mayores de edad.
- Para los beneficiarios menores de edad, copia de identidad del padre sobreviviente o documento de tutoría legal.
- Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

Además, la Aseguradora podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del accidente como causante de la pérdida, y el ajuste del reclamo o las estipulaciones de esta póliza, tales como los documentos que se mencionan en la sección sobre derecho de subrogación de esta póliza.

2. En caso de incapacidad total y permanente por accidente

El Asegurado o su representante deberá dar aviso escrito a la Aseguradora dentro de los primeros diez (10) días de haber ocurrido el accidente cubierto y suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora.
- Copia de identidad del Asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del asegurado.
- Original y copia del dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado; y que este quedara incapacitado de desempeñarse en trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos.
- Parte de tránsito en caso de accidente de tránsito.
- Original de la declaratoria de incapacidad emitido por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) donde indique la causa de la invalidez y el grado de incapacidad.

Edad fuera de límite

Si el Contratante incluyera en esta Póliza a personas que se encuentran fuera de los límites de edad establecidos, la Aseguradora solo estará obligada a devolver la prima que por ellos hubiere recibido. La cobertura establecida en este seguro se otorga a partir de la declaración de la edad hecha por el Asegurado o Contratante en la solicitud de incorporación al seguro o en el Certificado Individual de Cobertura. La edad será comprobada al tramitar el reclamo presentando certificado de nacimiento o tarjeta de identidad del Asegurado expedido por la autoridad competente.

Omisión y/o inexactitud

La reticencia o falsedad intencional en que incurra el Asegurado o el Beneficiario, con dolo o culpa grave, libera a la Aseguradora de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración del siniestro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima total, la Aseguradora devolverá únicamente el monto de las Primas no devengadas, tal y como se indica en la Cláusula 8 Primas y Período de Gracia. Si el pago de la prima es mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

Moneda

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares de los Estados Unidos de América.

Prescripción

Las obligaciones de la Aseguradora, prescriben en el plazo de tres (3) años computados desde que las mismas son exigibles.

Notificaciones

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Aseguradora directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por el Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura o a la última recibida por la Aseguradora. El Asegurado deberá reportar por escrito a la Aseguradora el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada.

Además, el Asegurado deberá notificar inmediatamente a la Aseguradora cualquier cambio en su empleo, ocupación, deberes u otras actividades que puedan resultar en una mayor probabilidad de estar involucrado en un Accidente o Lesión.

Sin perjuicio de lo que establece la presente póliza para la presentación de reclamos, las demás comunicaciones del Asegurado a la Aseguradora, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas principales.

Legislación aplicable

Esta Póliza será regulada e interpretada de acuerdo a las leyes de la República de Honduras.

Conciliación y arbitraje

Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionadas directa o indirecta con este contrato, ya sea de naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo, se resolverá mediante el proceso de Conciliación y Arbitraje de conformidad con lo establecido en la Ley de Conciliación y Arbitraje vigente, el fallo que se emita mediante éste proceso es definitivo e inapelable, de aceptación inmediata y obligatorio su cumplimiento a las partes, ya que produce efecto de cosa juzgada. Los gastos y costos que pudieran producirse en el proceso del arbitraje estarán a cargo de la Aseguradora y del Asegurado por partes iguales.



SEGUROS CREFISA, S.A

